

# LA TUBERCULOSE CONJUGALE

## Contagion et Mariage

TRAVAIL DU DISPENSAIRE VILLEMEN

---

### THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 26 Mai 1922*

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**ROUSSEL Marie-Eugène-Louis-Paul**

*né le 24 février 1893, à Jexrey (Vosges)*

|                            |   |                                |                   |
|----------------------------|---|--------------------------------|-------------------|
| EXAMINATEURS DE LA THÈSE : | { | MM. ETIENNE, professeur .....  | <i>Président.</i> |
|                            |   | L. SPILLMANN, professeur ..... | { <i>Juges.</i>   |
|                            |   | PERRIN, agrégé .....           |                   |
|                            |   | J. PARISOT, agrégé.....        |                   |

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

---

NANCY

IMPRIMERIE A. COLIN, 11, RUE DES QUATRE-ÉGLISES

1922



# LA TUBERCULOSE CONJUGALE

## Contagion et Mariage

TRAVAIL DU DISPENSAIRE VILLEMIN

---

### THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 26 Mai 1922*

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**ROUSSEL Marie-Eugène-Louis-Paul**

*né le 24 février 1893, à Jouxey (Vosges)*



|                            |   |                                    |                   |
|----------------------------|---|------------------------------------|-------------------|
| EXAMINATEURS DE LA THÈSE : | { | MM. ETIENNE, professeur . . . . .  | <i>Président.</i> |
|                            |   | L. SPILLMANN, professeur . . . . . | <i>Juges.</i>     |
|                            |   | PERRIN, agrégé . . . . .           |                   |
|                            |   | J. PARISOT, agrégé . . . . .       |                   |

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.**

---

NANCY

IMPRIMERIE A. COLIN, 41, RUE DES QUATRE-ÉGLISES

1922

# UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. E. MEYER, O ✱, I ☉.

Assesseur : M. T. WEISS, O ✱, I ☉.

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✱, I ☉.

Professeurs honoraires : MM. A. NICOLAS, ✱, I ☉ ; A. PRENANT, ✱, I ☉ ;  
F. GROSS, O ✱, I ☉ ; H. CHRÉTIEN, I ☉ ; A. HERRGOTT, O ✱, I ☉.

## Professeurs.

|                                                      |                           |
|------------------------------------------------------|---------------------------|
| Clinique chirurgicale.....                           | M. T. WEISS, O ✱, I ☉     |
| Chimie médicale et toxicologie.....                  | M. L. GARNIER, I ☉.       |
| Hygiène.....                                         | M. E. MACÉ, ✱, I ☉        |
| Physiologie.....                                     | M. E. MEYER, O ✱, I ☉.    |
| Clinique médicale.....                               | M. P. SIMON, ✱, I ☉       |
| Histoire naturelle médicale.....                     | M. P. VUILLEMIN, I ☉      |
| Médecine légale.....                                 | M. P. PARISOT, O ✱, I ☉.  |
| Clinique des maladies des enfants.....               | M. P. HAUSHALTER, ✱, I ☉  |
| Anatomie pathologique.....                           | M. L. HOCHÉ, ✱, I ☉.      |
| Clinique médicale.....                               | M. G. ÉTIENNE, ✱, I ☉.    |
| Clinique chirurgicale.....                           | M. A. VAUTRIN, ✱, I ☉.    |
| Clinique des maladies syphilitiques et cutanées..... | M. L. SPILLMANN, ✱, I ☉.  |
| Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie..... | M. R. FRELICH, ✱, I ☉     |
| Physique médicale.....                               | M. M. LAMBERT, I ☉.       |
| Clinique obstétricale et Accouchements.....          | M. A. FRUHINSHOLZ, ✱, I ☉ |
| Histologie.....                                      | M. R. COLLIN, ✱, I ☉.     |
| Anatomie descriptive.....                            | M. M. LUCIEN, ✱, I ☉.     |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....               | M. P. JACQUES, ✱, I ☉.    |
| Clinique des voies urinaires.....                    | M. P. ANDRÉ, ✱, I ☉.      |
| Médecine opératoire.....                             | M. G. MICHEL, ✱, I ☉.     |

## Chargés de cours complémentaires.

|                                                      |                                     |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Clinique chirurgicale élémentaire (1).....           | M. G. MICHEL, ✱, I ☉.               |
| Clinique des maladies des vieillards.....            | M. L. RICHON, ✱, I ☉, agrégé libre. |
| Pathologie interne.....                              | M. L. RICHON, ✱, I ☉, agrégé libre. |
| Accouchements (cours théorique).....                 | M. S. RÉMY, I ☉, agrégé libre.      |
| Clinique des maladies tuberculeuses (1).....         | M. M. PERRIN, I ☉, agrégé.          |
| Thérapeutique.....                                   | M. M. PERRIN, I ☉, agrégé.          |
| Clinique des maladies tuberculeuses (1).....         | M. J. PARISOT, O ✱, I ☉, agrégé.    |
| Pathologie expérimentale et pathologie générale..... | M. J. PARISOT, O ✱, I ☉, agrégé     |
| Pathologie externe.....                              | M. A. BINET, I ☉, agrégé.           |
| Clinique médicale élémentaire (1).....               | M. L. CAUSSADE, A ☉, agrégé.        |
| Clinique ophtalmologique.....                        | M. P. JEANDELIZE, agrégé.           |
| Clinique des maladies mentales.....                  | M. R. LALANNE, I ☉.                 |
| Clinique d'électrothérapie.....                      | M. N.                               |

## Agrégés en exercice

|                      |                          |                           |
|----------------------|--------------------------|---------------------------|
| M. H. ROBERT, I ☉.   | M. J. PARISOT, O ✱, I ☉. | M. P. JEANDELIZE.         |
| M. A. BINET, I ☉.    | M. C. FAIRISE, A ☉.      | M. M. BARTHÉLEMY, ✱, A ☉. |
| M. M. PERRIN, I ☉.   | M. P. MATHIEU, A ☉.      | M. L. CAUSSADE, A ☉.      |
| M. G. THIRY, ✱, I ☉. | M. L. JOB, ✱, A ☉.       |                           |

## Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O ✱, I ☉ ; G. GROSS, ✱, I ☉ ; L. RICHON, ✱, I ☉ ;  
S. RÉMY, I ☉ ; M. BUSQUET, I ☉.

M. H. COIFFARD, I ☉, Secrétaire.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✱, ☼, I ☉, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

*La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Modeste témoignage d'affection et de reconnaissance.

A LOUIS HERBÉPIN,

Soldat au 217<sup>e</sup> régiment d'infanterie,  
à qui j'ai dû la vie le 16 juillet 1918.

A LA MÉMOIRE DE MES AMIS MORTS

POUR LA FRANCE,

Défenseurs de la douceur et de la liberté du foyer.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :  
MONSIEUR LE PROFESSEUR G. ÉTIENNE.

A MES JUGES.

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ.

MEIS ET AMICIS.

## AVANT-PROPOS

La question de la tuberculose conjugale — nous comprenons dans ce mot toutes les manifestations de la contagion tuberculeuse entre époux — revient périodiquement à l'ordre du jour. Ce n'est pas cependant un motif de ce genre, mais de douloureuses expériences personnelles qui nous ont inspiré l'idée première de ce travail.

Chemin faisant, nous avons été amené à déborder notre sujet et à étendre sa portée. L'étude du développement de la notion de contagion en phtisie nous a conduit à préciser sa conception actuelle, à la lumière des acquisitions récentes sur la primo-infection, les surinfections et l'allergie tuberculeuse.

En même temps, l'analyse minutieuse de nos observations cliniques retenait notre attention sur l'étiologie sociale de la maladie et la nécessité d'une prophylaxie générale, dans laquelle le Dispensaire antituberculeux joue un rôle de premier plan.

M. le Professeur agrégé J. PARISOT nous a permis de réaliser notre dessein, en mettant à notre disposition le personnel et la précieuse documentation du Dispensaire Villemin. Pendant tout le cours de notre travail, il nous

## VI

a aidé de ses conseils. Sous son inspiration, c'est toute la question de la tuberculose familiale que nous avons étudiée à travers la tuberculose conjugale.

Nous avons trouvé auprès des Infirmières du Dispensaire Villemin et de leur dévouée Directrice, M<sup>me</sup> MANGIN, la collaboration la plus éclairée. Nous leur adressons l'hommage de notre respectueuse gratitude, — tout particulièrement à M<sup>lle</sup> BLAIZE, dont la grande expérience et la connaissance parfaite des familles visitées nous ont été d'un inestimable secours.

L'année que nous avons passée dans le Service des Tuberculeux, d'abord comme externe, puis comme fonctionnaire interne, comptera parmi les plus décisives de notre formation clinique. Que M. le Professeur agrégé J. PARISOT veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance pour sa persévérante sympathie et sa direction, qui ne nous ont jamais manqué.

M. le Professeur G. ETIENNE nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette Thèse. Nos mois de séjour comme externe dans son Service nous ont laissé le souvenir des jours heureux, toujours trop courts... Nous n'oublierons pas sa grande bienveillance à notre égard, non plus que cette union harmonieuse de la Clinique et du Laboratoire qui nous apparaît comme la caractéristique de son enseignement.

Les travaux personnels et les hautes préoccupations morales et sociales du Professeur Paul SPILLMANN ont inspiré une partie de notre travail. En souvenir du père, qui fut un de nos premiers initiateurs au problème épineux du diagnostic médical, nous avons demandé au fils, M. le Professeur Louis SPILLMANN, dont nous avons suivi les cliniques si attachantes de l'Hôpital Maringer,

de vouloir bien faire partie de notre jury. Qu'il en soit vivement remercié.

M. le Professeur agrégé M. PERRIN nous a largement ouvert son Service de l'Hôpital Villemin, de même qu'il avait naguère généreusement mis à notre disposition pour des recherches personnelles les ressources de son Laboratoire de Thérapeutique. Nous avons été très sensible à l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné et dont il nous donne une nouvelle marque en acceptant de nous juger aujourd'hui.

Notre reconnaissance s'élève aussi vers tous nos Maîtres de la Faculté, ceux du Laboratoire comme ceux de la Clinique. Nous n'en nommerons qu'un seul, mais c'est chacun d'entre eux que nous remercions en la personne de M. le Doyen honoraire F. Gross, auprès de qui nous fîmes nos premières armes.

Nous n'oublions pas non plus les bons camarades que nous quittons et les amis très chers qui ont bien voulu nous communiquer de précieuses observations pour notre travail : MM. les Docteurs BRODIN, LACAILLE, LOUVARD et RÉNY.

Nous conservons dans notre cœur une gratitude émue à tous ceux qui nous ont témoigné leur sympathie ou prodigué leurs soins à l'occasion d'une douloureuse blessure. De M. le Docteur DEDET, notre premier chirurgien, à M. le Professeur WALTHER, à qui nous devons notre restauration finale, la liste serait longue de ceux et de celles qui se sont penchés sur notre lit d'hôpital et ont contribué d'abord à nous sauver, ensuite à nous guérir. Ils savent la fidélité de notre souvenir.

Au milieu de la vie sans noblesse et des préoccupations égoïstes de l'après-guerre, notre pensée se reporte en ter-

minant vers nos frères d'armes trop oubliés des tranchées : les artilleurs de Verdun, les fantassins boueux de Champagne et du Kemmel...

Les meilleurs sont tombés, et c'était bien la partie la plus saine du peuple de France qui se battait là-bas pour son sol et ses foyers. Pourquoi, hélas ! devons-nous écrire, au cours de notre travail, « *pour ses taudis !...* »

---

## CHAPITRE PREMIER

### Historique

#### L'idée de contagion -- Son développement

L'idée de contagion en phtisie n'est pas, comme on l'a écrit, fille de la Bactériologie. Elle paraît presque aussi ancienne que la maladie elle-même.

« A l'âge divin, où l'humanité respirait à l'aise en son atmosphère pure et embaumée », la phtisie sévissait déjà. Les Chinois la connurent aux temps fabuleux de l'Empereur CHIN-NONG, Père de la Médecine, et les livres sacrés de l'Inde et de la Perse en font mention. Une étude minutieuse a permis, de nos jours, de retrouver la trace de ses atteintes sur les anciennes momies d'Égypte.

Dix siècles avant notre ère, les Hindous possédaient la notion de l'hérédité et de la contagion. Le commerce des phtisiques était considéré comme dangereux et les lois de Manou interdisent rigoureusement au brahmane d'épouser une jeune fille qui possède des phtisiques parmi ses ascendants. De son côté, le Talmud semble proscrire la chair des animaux tuberculeux.

Chez les *Grecs*, HIPPOCRATE paraît avoir été surtout frappé par l'idée d'hérédité. Il pose en principe « qu'un phtisique naît d'un phtisique », de même « qu'un phlegmatique naît d'un phlegmatique, un bilieux d'un bilieux ». Il parle bien d'une « épidémie de phtisie » à

Thasos, mais lui attribue une origine saisonnière. Il observe que « l'âge le plus dangereux pour la phtisie est depuis dix-huit ans jusqu'à trente-cinq ans ». (Aphorisme 5.) Maladie constitutionnelle, la phtisie dérivait de la complexion lymphatique et « sévissait sur les hommes dont le corps était glabre, ceux dont la peau était blanchâtre, ceux dont la couleur était blafarde, ceux qui avaient les yeux fauves, ceux qui avaient la chair molle et boursouflée, ceux qui avaient les omoplates saillantes ».

Au siècle suivant, ARISTOTE semble avoir cru à la contagion. Il note que la phtisie « rend l'haleine corrompue et que ceux qui la respirent en souffrent ». Certains textes permettent de penser que cette conception de la contagion était, dès cette époque, une notion populaire. Nous connaissons par le rhéteur ISOCRATE l'histoire de ce Trasylochos, poursuivi pour captation de testament après avoir soigné son père adoptif phtisique. Le prévenu se défend en rappelant le danger qu'il avait couru auprès du malade. « Tous mes amis me témoignaient leur crainte de me voir périr avec lui et m'engageaient à me garantir moi-même, en me disant que la plupart de ceux qui avaient soigné cette maladie en étaient devenus les victimes. »

A Rome, AURELIUS CORNELIUS CELSE, héritier direct d'HIPPOCRATE, paraît avoir été le premier à employer le terme de « tubercule » (*tuberculum*). Après lui, ARÉTÉE DE CAPPADOCE trace un portrait demeuré classique du phtisique et décrit les signes de prédisposition chez les enfants : « Ils sont grêles, délicats, minces comme des planches, ils ont des omoplates ailées, le gosier saillant, la peau blanche, la poitrine étroite. »

La notion de contagion reparait avec GALIEN. Il isole ses tuberculeux et range la phtisie à côté de la peste, la gale et l'ophtalmie, parmi les maladies qui peuvent se communiquer d'un individu à l'autre.

La médecine arabe, avec les grands noms de MESUË LE JEUNE, RHAZES et AVICENNE (qui croyaient à la contagion), AVENZOAR et AVERRHOES, se fait l'écho de la tradition gréco-romaine, et le Moyen-Age vivra des mêmes idées, dont la fameuse école de Salerne, « la cité hippocratique », fut le plus brillant interprète.

\*

\* \*

Il faut parvenir à la Renaissance pour retrouver quelque originalité. FERRARI écrit alors son *Traité préventif de la Phthisie*. FRACASTOR, de Vérone, formule nettement, en 1546, la doctrine de la contagiosité et vise à détruire les « germes » anciens de la maladie dans le poumon ; il insiste sur le rôle de la cohabitation et le danger de la transmission par les vêtements.

JACOBUS A PARTIBUS FOROLIVIENSIS (*morbis octavus contagiosus est phthisis, sive ulcus pulmonalis*), LAURENT SCHOLZ, J.-B. MONTANO (*per halitum concipiunt contagium, immo cum phthisici exspuunt*), Jean FERNEL, Guillaume BAILLOU sont contagionnistes et MONTANO va jusqu'à déclarer qu'il suffit de marcher dans les crachats d'un poitrinaire pour contracter la phtisie.

Dès cette époque, le bon sens populaire attribuait une « certaine pestilence contagieuse au mal scrofuleux qui s'attaque aux poumons », ou forme dans les glandes du cou « les scrofules dites coustumièrément escrouelles » (Ambroise PARÉ). Les rois de France possédaient, par la

grâce de Dieu, le privilège de guérir les écrouelles, plus spécialement au jour du sacre, « dans le Parc de l'Abbaye de Saint-Remi de la Ville de Reims », et cette curieuse pratique du toucher des écrouelles se perpétuera en France jusqu'en 1824 (LANDOUZY).

André DU LAURENS, conseiller et médecin privé du roi Henri IV, compte les écrouelles au nombre des affections « endémiques... C'est une maladie héréditaire et contagieuse ; les écrouelles malignes sont susceptibles surtout de contaminer les sujets sains... Rares après quarante ans, se font surtout aux enfants jgrandelets ».

Cette croyance en la contagiosité détermine, en plein XVII<sup>e</sup> SIECLE, la fondation à Reims d'un hôpital d'isolement destiné au mal des écrouelles « qui se communique », l'Hôpital Saint-Marcoul (1655), reconnu par Lettres patentes de Louis XIV.

La transmissibilité de la phtisie était admise par les principaux médecins de l'époque : Lazare RIVIÈRE, de Montpellier, Jean SCHENCK, Bernard GLADBACH, MANGET, BONNET, SALMUTH, Daniel SENNERT. C'est dans les œuvres de Sylvius DELEBOË, parues en 1680, qu'apparaît pour la première fois le terme de « tuberculose ». MORTON écrit, dans sa « Phthisiologie » : *Contagium etiam hunc morbum propagat ; hic enim affectus (uti frequenti experientia observavi) lecti socios miasmate quodam, sicuti febris maligna, inquinat* (Lib. II, Cap. 1). Il remarque déjà que la phtisie acquise par contagion suivait une marche plus aiguë et avait une terminaison plus souvent mortelle.

ZACUTUS est aussi affirmatif, quand il se demande : « *Utrum phthisis sit morbus contagiosus ? Responde affirmative, unanimi medicorum munitus voto.* » De même, pour ETTMÜLLER : *contagiosa est exulceratio pulmonum*

*phthisica... aut per halitum aut per sputum. Hinc liberi cum parentibus, consortes et conjuges cohabitantes sibi invicem facile hoc malum communicant.*

VALSALVA et son élève MORGAGNI soupçonnent la possibilité d'inoculer la tuberculose et s'écartent du cadavre des phtisiques. « *Phthisicorum cadavera fugi adolescens, fugo etiam senex* », écrit MORGAGNI. Il en donne cette raison : « Quand j'étais jeune, c'était pour ma propre conservation ; depuis que je suis vieux, c'est dans l'intérêt de cette jeunesse studieuse qui m'entoure. »

La plupart des ordonnances du temps prescrivent de donner au phtisique une nourrice jeune et fraîche. RIVIERI nous rapporte, à ce propos, l'observation d'un abbé phtisique qui prit le lait au sein d'une femme saine et la contamina : la nourrice mourut tuberculeuse et l'abbé succomba peu après.

AU XVIII<sup>e</sup> SIECLE, ROZIÈRE DE LA CHASSAGNE, dans son *Manuel des Pulmoniques*, s'élève contre ces pratiques, plus particulièrement contre celle qui consistait à faire coucher une jeune fille avec le phtisique pour ranimer, suivant VAN SWIETEN, le corps épuisé du malade par « une émanation subtile du corps de ces jeunes filles, qui s'insinue par les pores absorbants, au détriment de la jeune personne qui dépérit insensiblement ». ROZIÈRE DE LA CHASSAGNE, sans insister sur certaines considérations délicates, élève contre cette méthode cette seule preuve, qui lui paraît concluante : « On sait que la phtisie est contagieuse ; cela posé, est-il permis, au détriment d'un individu, de chercher à en sauver un autre tel qu'il soit ? »

Le célèbre VAN SWIETEN lui-même, SARCONE, ZIMMERMANN, Joseph QUARIN, HUGUES MARET, de Dijon, Joseph

RAULIN, VOGEL, Daniel METZGER, comptaient parmi les tenants de la contagion. Th. BAUMÈS n'hésite pas à dire « que la pulmonie se propage par l'air et le contact ». EMALE conseille de ne pas donner de nourrice à un enfant tuberculeux, de peur qu'il ne la contamine.

Il y a bien quelques dissidents, avec STARCK et PORTAL à leur tête, mais c'est le petit nombre. L'idée de contagion devient plutôt chez certains une hantise, — témoin l'histoire de ces religieuses de Bilbao, devenues phtisiques pour avoir touché à plusieurs reprises au cordon de la sonnette d'une de leurs sœurs morte de tuberculose, ou encore ce fait, rapporté par VAN SWIETEN, d'un mari qui vit tomber les poils de sa barbe à la place qu'avait touchée les lèvres de sa femme phtisique !

Les auteurs du *Dictionnaire portatif de Santé* (1770) nous apprennent que la phtisie « est la maladie des jeunes gens qui ont la poitrine étroite et plate, les épaules élevées en ailes de chauve-souris... ». Elle est « souvent contagieuse... et il y a des exemples qui prouvent qu'un commerce avec un phthisique donne la maladie ; ainsi, il est à propos de ne pas se vêtir des habits de ceux qui sont morts phthisiques... Les Italiens ont grand soin, au moins dans quelques endroits, de faire brûler tout ce qui a servi à un malade mort de phthisie ».

Suivant JEANNET DES LONGROIS, cette coutume existait également en Lorraine : « En 1750, les magistrats de Nancy firent brûler, dans la grande place de cette ville, le lit, les hardes et le linge d'une femme morte pulmonique. Quoique bien constituée auparavant, cette femme avait été atteinte de la phthisie pulmonaire, pour avoir couché souvent dans le même lit avec une femme poitrineuse. »

La croyance à la contagion se traduit en certains pays par des actes officiels. LANDOUZY a cité, au Congrès de Washington, le fameux édit du 6 octobre 1751, où Ferdinand VI d'Espagne ordonne la déclaration obligatoire de la phtisie, sous des peines qui atteignent jusqu'à 400 ducats et 4 années d'exil pour le médecin (1).

L'exemple madrilène fut suivi peu après en Italie, mais il semble bien que, dès 1625, les Règlements de police de Rome prescrivait la désinfection obligatoire du logement des phtisiques. En 1782, Philippe IV de Naples (2) fait publier à son de trompe par les rues et carrefours ses « Instructions au public sur la contagion de la phtisie », rédigées d'ailleurs par la Faculté. La déclaration obligatoire par les médecins, les prêtres et les gardes-malades, suivie de la désinfection, était imposée sous menace de peines qui comportaient l'amende, la prison, les galères et l'exil.

Les contrées méridionales et même notre Provence croyaient donc fermement à la contagion. Nous possé-

---

(1) L'ordonnance débutait ainsi : « L'expérience ayant fait voir combien est périlleux l'usage du linge, des meubles et des objets ayant servi aux personnes atteintes et mortes de maladies éthiques, phtisiques et autres maladies contagieuses, enjoignons à tous médecins de faire connaître les personnes malades et mortes d'éthisie ; de façon que l'alcade fasse brûler le linge, les vêtements, les meubles et tous autres objets dont le malade se serait servi personnellement, ou qui seront restés dans la chambre ; de façon que l'alcade ordonne aussi que la chambre où le malade sera mort, soit replâtrée et blanchie ; que le parquetage ou le dallage de la pièce ou de l'alcôve où se trouvait le lit soit changé, etc. »

(2) Dans la République de Luques, la déclaration obligatoire de la phtisie était imposée depuis 1699. Le linge et les meubles du malade étaient brûlés et les objets métalliques et la vaisselle envoyés à la désinfection (CRAMER, *Rev. Médic. de la Suisse romande*, 20 février 1914).

dons, sur l'état d'esprit populaire à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et au début du XIX<sup>e</sup>, de précieux documents dans la correspondance de Chateaubriand et de George Sand.

Chateaubriand avait séjourné à Rome, comme secrétaire d'ambassade, avec M<sup>me</sup> de Beaumont, poitrinaire. Après la mort de celle-ci, il écrit son embarras à son ami Fontanes : « J'espérais avoir deux mille écûs de mes voitures, mais comme, par une loi du temps des Goths, l'éthisie est, à Rome, déclarée maladie contagieuse, et que M<sup>me</sup> de Beaumont est montée deux ou trois fois dans mes équipages, personne ne veut les acheter. »

Les mésaventures de George Sand et de son ami Chopin sont plus pénibles encore. Le couple romantique s'était installé à Majorque. Au bout d'un mois, Chopin malade et « s'en allant de la poitrine » appelle à son chevet « trois médecins, tous plus ânes les uns que les autres, et qui allèrent répandre dans l'île la nouvelle que le malade était poitrinaire au dernier degré. Sur ce, grande épouvante ! La phtisie est rare dans ces climats et passe pour contagieuse... » Aussitôt, le propriétaire expulse le couple et veut lui intenter un procès, pour « recrépir sa maison infectée par la contagion ». Il devient impossible de se procurer aucun domestique et nul ne veut prêter sa voiture pour transporter le malade à Palma pour l'embarquement. Le pauvre Chopin dut s'y rendre en brouette ! Autre incident à Barcelone, où le propriétaire de l'auberge veut « faire payer le lit où Chopin avait couché, sous prétexte qu'il était infecté, et que la police ordonnait de le brûler ».

\*

\* \*

La lettre où George Sand nous donne ces détails est datée du 8 mars 1839. A la croyance populaire à la contagion, il est curieux d'opposer le scepticisme à peu près général du Corps médical en France dans la première moitié du XIX<sup>e</sup> SIECLE.

Cette volte-face est due en partie au talent de BROUSSAIS. Le fougueux polémiste nie absolument la contagion et son influence sera prépondérante pendant un demi-siècle (1).

Le génial LAËNNEC lui-même, qui croyait, pour l'avoir expérimentée sur lui-même, à l'inoculabilité de la tuberculose, se borne à recommander quelques précautions à l'égard des phthisiques : « Beaucoup de faits prouvent qu'une maladie qui n'est pas habituellement contagieuse peut le devenir dans certaines circonstances. » ANDRAL, annotant les œuvres de LAËNNEC, écrit simplement : « On a sans doute singulièrement exagéré la facilité de la contagion de la phthisie. Cependant, est-il sage de la nier absolument et dans tous les cas ? »

GRISOLLE, lui aussi, conseille certaines précautions, mais sans conviction, car il ajoute : « Ces conseils sont bons à suivre, attendu que les miasmes que les corps des phthisiques exhalent ne peuvent qu'être nuisibles à la santé. Mais nous croyons qu'il n'y a rien de fondé dans la crainte de la contagion, du moins dans le climat où nous vivons. »

---

(1) DUCLAUX juge lui-même BROUSSAIS en polémiste, lorsqu'il écrit : « Vraiment quand on a élevé si haut une statue à Napoléon, on doit bien une colonne Vendôme à BROUSSAIS qui parlait aussi bien et n'a pas fait tuer moins d'hommes, avec les meurtrières idées qu'il a répandues dans le monde. » L'assimilation est pour le moins imprévue...

Il y a cependant quelques timides discordances : SEGALAS fait allusion au danger possible du lait tuberculeux et STAUB (Thèse de Strasbourg, 1835) cite un cas de contagion conjugale.

Mais on peut dire que, dans son ensemble, l'opinion médicale de l'époque est anti-contagionniste, et RAQUIN écrit en 1854 : « Aujourd'hui que cette contagion n'a peut-être plus parmi nous, ni en Angleterre, ni en Allemagne, ni dans tout le Nord de l'Europe, personne pour y croire et pour en avoir peur, ni peut-être même dans le monde médical tout entier pas une voix véritablement savante pour la proclamer et l'enseigner, nous n'avons que faire... d'attaquer et de combattre en règle un fantôme chimérique, un vain épouvantail. » Et telle est bien, en effet, avec plus de modération, l'opinion de cliniciens tels que PIORRY, CLARK, BOISSEAU et tant d'autres.

Cependant, dès 1845, TROUSSEAU émettait un doute à propos d'un travail du docteur BERNARDEAU sur l'étiologie de la phtisie, où l'auteur défend « une vieille opinion discréditée et presque raillée aujourd'hui : la contagion... Le phtisique n'est pas pour nous comme un pestiféré, mais nous pensons qu'une cohabitation prolongée avec un phtisique est fort imprudente. » TROUSSEAU sait gré à l'auteur « d'avoir rappelé une opinion peut-être trop légèrement proscrite » et forme le vœu « que la communicabilité de la phtisie pulmonaire puisse redevenir au moins une question ».

Quelques travaux favorables à la contagion répondent à ce souhait dans les années suivantes. Ce sont les thèses de BEAU (1851), de TOUCHARD et de ROCHAS (1860), le *Traité de la Contagion* d'ANGLADA, un mémoire de DELAMARE à l'Académie des Sciences (1859), les articles de

THOLOZAN et de BRUCHON (celui-ci réunit sept observations de tuberculose conjugale).

F. DEVAY, à propos de la « transmission des maladies entre époux », étudie la contagion par cohabitation : il incrimine l'air confiné, ou l'air vicié, dont la vapeur d'eau « sert de véhicule à une matière analogue à l'effluve marécageux » et conclut que « la contagion est de nature virulente ou de nature miasmatique ».

Le 5 décembre 1865 marque dans l'histoire de la tuberculose une date mémorable. C'est celle de la grande séance de l'Académie de Médecine où VILLEMIN communique les premiers résultats de ses expériences sur « les causes et la nature de la tuberculose ». Il conclut : « La tuberculose est une affection spécifique. Sa cause réside dans un agent inoculable. L'inoculation se fait très bien de l'homme au lapin. La tuberculose appartient donc à la classe des maladies virulentes et devra prendre place, dans le cadre nosologique, à côté de la syphilis, mais plus près de la morve-farcin. »

L'année suivante, le 30 octobre 1866, VILLEMIN apporte de nouvelles expériences, sur le virus de la pommelière des vaches, qui confirment les premières. En 1868 enfin, il réunit l'ensemble de ses travaux et précise ses idées dans un gros volume d'*Etudes sur la Tuberculose*, où il écrit : « L'inoculation du tubercule n'agit pas par la nature visible et palpable qui entre dans ce produit pathologique, mais en vertu d'un agent plus subtil qui s'y trouve contenu et qui échappe à nos sens. Il faut se résigner à ranger la tuberculose parmi les affections dont on attribue l'existence à un germe morbide... Les virus, comme les parasites, se multiplient eux-mêmes et par eux-mêmes ; nous ne leur fournissons que les moyens de

vivre et de se reproduire ; jamais nous ne les créons. »

Un coup décisif était porté à la théorie de la spontanéité morbide. Ce n'est plus l'organisme malade qui crée le virus et l'affection ne naît pas spontanément. La tuberculose cesse d'être une diathèse héréditaire, pour devenir une maladie parasitaire, transmissible et inoculable.

Les conclusions de VILLEMIN furent l'objet de discussions passionnées. Tandis que CORNIL, HÉRARD et CHAUVÉAU répétaient ses expériences, l'Académie les soumettait à l'examen d'une Commission. Un premier rapport de COLIN confirme, le 16 juillet 1867, l'exactitude des faits. Il reconnaît « la transmission de la phtisie par l'inoculation de la matière tuberculeuse », mais se refuse « à s'aventurer dans le champ des hypothèses », telles que celle d'un virus spécifique de la tuberculose.

CHAUFFARD, PIDOUX, BÉHIER, attaquent violemment les déductions de VILLEMIN. Ils reconnaissent plus ou moins l'inoculabilité, mais ne croient pas pouvoir de là conclure à la spécificité et à la contagion.

D'après CHAUFFARD, la contagion est infiniment rare, un danger chimérique : la tuberculose ne devient exceptionnellement transmissible que sous certaines influences de terrain ou de milieu. Pour PIDOUX, qui croit à la génération spontanée, nous sommes les auteurs de nos maladies ; c'est le terrain qui est tout. « Je me serais épouvantablement trompé dans mon pronostic, avoue-t-il, si la certitude de la spécificité et de la virulence de la phtisie devait sortir des recherches actuelles. »

Par contre, HÉRARD, GUÉNEAU DE MUSSY, HARDY, GUÉRIN sont plutôt favorables. Ils admettent la contagion et, partiellement du moins, la virulence, tout en accordant la première place au terrain. Seul CHAUVÉAU, à la suite

d'expériences positives sur l'ingestion de la matière tuberculeuse, se rallie complètement aux conclusions de VILLEMEN et déclare « qu'il faut, ou bien reconnaître à la tuberculose le caractère de la virulence, ou bien nier la virulence elle-même ».

Dans son rapport final, COLIN conclut que le tubercule a un certain degré de spécificité, mais « ne renferme pas de virus attaché à sa substance. M. VILLEMEN... a affirmé la contagion par l'atmosphère du malade sans l'avoir étayée de bonnes raisons... Ses exagérations sont inacceptables ». VILLEMEN n'était pas parvenu à convaincre l'Académie et ne devait avoir sa revanche que vingt-cinq ans plus tard !

Cependant, ses expériences trouvaient un écho parmi les cliniciens. En 1866, GUIBOUT communique à la Société Médicale des Hôpitaux 4 observations de contaminations entre époux. Puis paraît la thèse de VIALETTES (de Montpellier), qui rapporte en détail 3 observations devenues classiques de contagion. L'année suivante, BERGERET (d'Arbois) relate à son tour 13 cas de tuberculose familiale. Ensuite viennent ceux du Professeur CASTAN, de Montpellier (1869), et les thèses de COMPIN (1870), de MUSGRAVE-CLAY (1879) et DROCHON (1882). COMPIN avait groupé 79 cas ; de MUSGRAVE-CLAY en réunit 111, dont une forte proportion de tuberculose conjugale : c'est le travail le plus complet paru jusqu'à ce jour.

La résistance n'est pas encore vaincue, mais les idées de VILLEMEN font leur chemin. Si PETER leur refuse crédit, COHNHEIM n'attend pas la découverte de KOCH pour s'incliner. Il n'imagine pas « qu'il existe encore un pathologiste qui nie que la tuberculose est une maladie infectieuse ».

En 1882, Robert KOCH décrit le bacille annoncé par VILLEMEN, l'isole et le cultive. Alors tous les yeux s'ouvrent et l'étiologie s'éclaire. En même temps, la prophylaxie se précise et KOCH lui-même écrira : « Il faut s'attacher avant tout à tarir les sources d'où dérive l'infection... et la principale certainement est l'expectoration des phtisiques. »

Depuis lors, les études se succèdent sur tous les terrains. C'est d'abord un important rapport de VALLIN à la Société Médicale des Hôpitaux, sur *la Contagion de la Tuberculose et sa Prophylaxie* (1884), et les leçons de DEBOVE sur *la Tuberculose parasitaire*. « Je suis *microbien* », proclame DEBOVE, et il affirme que « tout phtisique a été contagionné par un autre phtisique ».

Son volume est l'occasion, de la part de la Société Médicale des Hôpitaux, d'une enquête concernant la « contagion de la phtisie », que clôt un nouveau rapport de VALLIN (1886). Sur 83 réponses reçues, 57 médecins affirment la contagion ; les autres hésitent ou nient. Des 213 cas de contagion retenus, 107 concernent la transmission entre conjoints.

Des enquêtes faites à l'étranger apportent des résultats analogues : d'abord celle de BOWDITCH, de Boston, puis celles de HOLDEN, aux Etats-Unis (1878), de l'Association Médicale (1) Britannique (1882), de ROBERTSON (1883), de la Société Italienne d'Hygiène (1884), de la *Wiener*

---

(1) A vrai dire, sur 1078 rapports examinés, la commission anglaise chargée de l'enquête en élimina 673, qui portaient une réponse négative sans autre mention. Sur les 505 restants, 261 affirmaient la transmissibilité.

*Medizinische Presse* et de la Société de Médecine de Berlin (1884).

Par contre, WILLIAMS (1882) découvre à peine deux ou trois cas de contagion possible en 36 ans, sur 377 employés de l'Hôpital des Tuberculeux de Brompton. Pour LEUDET, de Rouen, dans ses belles études sur : *La Tuberculose pulmonaire dans les familles*, la contagion maritale est au moins assez rare et la première place revient à la transmission héréditaire.

Avec VERNEUIL et ses collaborateurs, l'étude des portes d'entrée du bacille (thèse de VERCHÈRE, 1884) fait d'importants progrès. Elle se précisera dans les nombreux Congrès pour l'étude de la Tuberculose qui se succèdent depuis 1888 et dont celui de Paris, en 1905, fut un des plus brillants.

STRAUS, dans son livre sur *la Tuberculose et son Bacille* (1895) est un contagionniste convaincu. En 1899, LEMIERE fait une intéressante communication au Congrès français de Médecine sur « *la contagion maritale* » de la tuberculose et, plus près de nous, en 1905, le Professeur Paul SPILLMANN, de Nancy, s'attache aux rapports de la tuberculose et de la prostitution. Le même Congrès de Paris est l'occasion d'importants rapports de MARFAN et de HEUBNER, sur la prophylaxie de la tuberculose dans la famille, et de communications de ROBIN, MONGOUR, DURAND et GENTES sur le terrain du tuberculeux et la part respective de l'hérédité et de la contagion.

La grande voix du Professeur LANDOUZY s'est tue, mais ses travaux sur l'hérédité tuberculeuse, le rôle du terrain, les voies de pénétration et la prophylaxie de la tuberculose sont encore dans toutes les mémoires.

Si la guerre de 1914 marque un temps d'arrêt, elle

constitue peut-être la plus vaste expérience qui se puisse concevoir sur l'importance capitale du terrain. Elle fournissait en même temps l'occasion d'études intéressantes sur la réceptivité particulière déjà notée de la race noire et des peuples neufs à la tuberculose.

La reprise de l'activité scientifique vient d'être marquée par l'apparition du grand ouvrage de A. CALMETTE sur *l'Infection bacillaire et la Tuberculose*. Il constitue la mise au point personnelle de nos dernières acquisitions en phthisiologie, au moment où se développe dans tout le pays une croisade antituberculeuse qui commence à porter ses fruits.

Cependant, la lutte entre contagionnistes et non-contagionnistes n'est pas close. Sans doute, nul ne songe plus à contester l'inoculabilité de la tuberculose et le rôle pathogène du bacille, mais il semble bien que la réaction contagionniste contre un demi-siècle de scepticisme ait parfois dépassé son but.

La contagion tuberculeuse ne présente pas, chez l'adulte, le caractère fatal qu'elle possède dans certaines maladies infectieuses. Elle est avant tout conditionnelle et dépend de circonstances complexes de terrain, d'hérédité et de milieu, qui commencent à s'éclairer à la lumière de nos récentes acquisitions sur la réceptivité et l'allergie tuberculeuse.

De même qu'en 1884 FRASER remarquait déjà qu'il n'avait pas constaté dans sa longue pratique un seul cas de contagion conjugale, de même il se trouve encore aujourd'hui des irréductibles. La déclaration obligatoire de la tuberculose fut l'objet de discussions ardentes devant l'Académie de Médecine. Vers la même époque,

une revue médicale (1) aujourd'hui disparue instituait une enquête (1912-1913) sur le sujet suivant : « La tuberculose pulmonaire est-elle contagieuse ? » et recevait les réponses les plus contradictoires. Les uns voient une simple coïncidence là où d'autres affirment la contagion. Chacun cite des preuves et des expériences. « Maladie de déchéance, la phtisie n'est pas plus contagieuse que le diabète. »

Tel praticien, qui n'a pas eu l'occasion d'observer en vingt-six ans « un seul cas de tuberculose conjugale..., en dépit du barbotage dans la purée bacillaire et la buée de crachats », conclut que la tuberculose ne peut être contractée par les adultes.

En ce moment même (1921-1922), un article de BRUNON a été l'occasion d'une enquête analogue dans les colonnes du *Concours Médical*. « Entre époux, écrit BRUNON, les cas pathologiques ne touchant qu'un seul conjoint sont l'immense majorité. Pour ma part, en trente ans de pratique..., je n'ai rencontré qu'un seul cas où le mari et la femme paraissent s'être contaminés réciproquement... Les faits négatifs ont leur valeur, on n'en tient pas assez compte. » Pour le clinicien, la tuberculose est une maladie qui se contracte dans l'enfance ; le bacille « peut rester inoffensif pendant des années, puis la fatigue, la misère, l'air confiné, l'alcool peuvent créer un état de santé tel que l'ennemi se réveille... Il y a un danger social à ne voir dans la tuberculose que le microbe et la contagion. C'est une vue commode, facile, claire, simple, trop simple. Elle supprime tout scepticisme ; et le

---

(1) Il s'agit de « *Tuberculosis* », qui naquit en 1912 et disparut au début des hostilités.

scepticisme est lourd à porter pour beaucoup de personnes » (1).

Un référendum est proposé aux praticiens lecteurs de la revue sous la forme suivante : « Avez-vous assisté à une évolution bacillaire chez l'époux survivant au conjoint mort de tuberculose pulmonaire ? » (Cochénies). Et les réponses se succèdent, aussi contradictoires que dans les enquêtes précédentes. De nombreux cas négatifs sont cités et la majorité des suffrages conclut à l'influence prépondérante du terrain. Beaucoup sont persuadés « que c'est le *terrain favorable* qui permet l'éclosion de la tuberculose pulmonaire et que la contagion est au deuxième plan ».

Ou encore : « *Le terrain est tout*. La contagion n'est pas niable, à la condition que le bacille rencontre un sol où il puisse s'ensemencer et cultiver. Semez du blé sur une grand'route, il ne lèvera jamais ». L'hérédité, l'acool, le taudis, le surmenage, chacun défend ardemment sa conception.

A l'affirmation que « la tuberculose n'est pas cliniquement contagieuse », répond l'affirmation opposée : « La tuberculose est contagieuse sous toutes ses formes... La contagion conjugale est extrêmement fréquente ». Ou, plus péremptoirement : « Les cas de contamination entre époux sont fréquents... C'est l'histoire de tous les jours. Il n'y a que celui qui n'exerce pas qui n'a pas vu cela. »

Les faits sauront-ils départager des adversaires aussi irréductibles ?

---

(1) GRANJUX répondit à BRUNON en citant les magnifiques résultats obtenus par l'Œuvre Grancher. Cette réponse n'a qu'une valeur restreinte : la fréquence des primo-infections chez l'enfant ne préjuge en rien de la fréquence des surinfections chez l'adulte.

## CHAPITRE II

### Etiologie et modes d'infection

#### I. -- Le contag

« Dans la tuberculose, tous les foyers de l'organisme constituent le contag et peuvent devenir des agents de contagion. » Ce principe, que posait Bazin en 1872, a été pleinement confirmé par l'ensemble des recherches ultérieures. On a pu déceler le bacille de Koch dans la plupart des sécrétions et des excréments du tuberculeux.

Cependant, toutes ne sont pas également nocives. C'est surtout par l'expectoration, la chose est hors de conteste, que le tubercule est dangereux pour le conjoint sain. Et surtout la présence du bacille dans les crachats correspond à des lésions très diverses ou à des formes larvées. Que de fois le tuberculeux demeure infectueux sans le risque de la bronchite chronique et de l'emphysème !

Les crachats, projetés sur le sol ou à côté du crachoir par des malades négligents, se dessèchent et deviennent capables une source de contagion. Le mouchoir du patient est un autre agent de dissémination du bacille. Plus souvent, c'est la toue, qui projetée à une distance d'un mètre, sur les vêtements, la literie et l'entourage, des

particules de salive plus ou moins virulentes (FLÜGGE), ou des « gouttelettes microbiennes » qui peuvent demeurer longtemps en suspension dans l'atmosphère (TRILLAT).

Par contre, l'air expiré par le malade semble généralement stérile. CHAUSSÉ a prouvé que la ventilation pulmonaire doit atteindre une vitesse égale ou supérieure à 30 mètres par seconde pour se charger de fines particules respiratoires. Et encore, celles-ci ne sont-elles que rarement bacillifères. CHARRIN et KATH, en faisant expirer deux phtisiques sur des plaques de verre enduites de glycérine, ont obtenu régulièrement des cultures négatives, et TAPPEINER et GRANCHER ne sont pas parvenus à tuberculiser des cobayes en leur faisant inhaler directement l'air expiré par des malades. La conclusion importante, c'est que l'haleine du malade n'est pas dangereuse pour le conjoint.

C'est souvent aux crachats déglutis qu'est due la présence du microbe dans les selles. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et de nombreux expérimentateurs l'ont décelé dans les déjections de malades atteints de tuberculose fermée. RIBADEAU-DUMAS et HARVIER ont prouvé que l'intestin peut servir de voie d'élimination aux germes en circulation dans le sang.

Plus fréquemment, l'élimination se fait par les voies biliaires. La bile des animaux tuberculeux se montre très souvent virulente pour le cobaye (CALMETTE et GUÉRIN) : en dehors de toutes lésions hépatiques, 40 % des vaches qui réagissent à la tuberculine émettent de façon intermittente des bacilles dans leurs déjections (SCHROEDER et COTTON). On a même décelé directement la présence du bacille de Koch dans la vésicule biliaire.

L'excrétion par les urines est un autre mode d'élimina-

tion. La bacillurie a été constatée surtout chez l'enfant, en dehors de toute tuberculose rénale. Elle est plus rare chez l'adulte, bien que BERTIER ait noté jusqu'à 33 % d'inoculations positives au cobaye dans des formes pulmonaires graves.

PIÉRY attribue à la virulence de la *sueur* « la fréquence de la tuberculose conjugale » (1). SURMONT avait obtenu 15 résultats négatifs sur 15 malades. Avec une technique différente, PIÉRY note 41,66 % d'inoculations positives (54 % avec la sueur des tuberculeux pulmonaires et 30,76 % chez les tuberculeux chirurgicaux à lésions fermées). Il ne s'agit pas là de contaminations accidentelles du revêtement cutané par la toux, mais bien « d'une décharge bactérienne par les glandes cutanées ».

Restent deux autres modes d'élimination, plus particuliers à la vie conjugale : les glandes mammaires et les voies génitales.

La présence du bacille tuberculeux dans le *lait* paraît moins fréquente chez la femme que chez les animaux. Les résultats sont d'ailleurs contradictoires (de 10 à 85 % de cas positifs, suivant les auteurs les plus favorables) et le nombre des bacilles a toujours été trouvé très faible.

Les expériences de LANDOUZY et MARTIN sur le *sperme* des tuberculeux ont été souvent répétées depuis (SIRÉNA et PERNICE, SOLLES, MAFFUCCI, JAECKH, etc.). L'injection

---

(1) C'est le lieu de citer la boutade de Napoléon, que « pour être heureux, le mariage exige un continuel échange de transpirations ». On sait que Napoléon fut soigné pour tuberculose par DESGENETTES et CORVISART et qu'ANTOMMARCHI trouva des lésions nettes du sommet gauche à l'autopsie. Ni Joséphine, ni Marie-Louise ne furent cependant contaminées, mais le problème de l'hérédité se pose peut-être pour l'Aiglon phthisique.

à des cobayes du liquide spermatique provenant de phtisiques indemnes de lésions génitales fut régulièrement suivie de lésions pathognomoniques de la cavité péritonéale. Déjà Curt JANI avait décelé, dès 1886, le bacille de Koch dans les parenchymes testiculaire et prostatique. En 1893, AUBEAU le met en évidence dans le sperme de tuberculeux sans lésions génitales, de même que WILLIAMS et MÜLLER le découvrent dans les trompes saines de femmes tuberculeuses. Il y a quelques contradicteurs, mais les recherches ultérieures confirment ces résultats. Dans le cas d'orchio-épididymite et, plus généralement, de localisations génitales bacillaires, la virulence du sperme est beaucoup plus évidente encore, l'accord est unanime à cet égard.

## II. -- Les portes d'entrée

A ces sources variées de contagion correspondent des portes d'entrée multiples. La vie conjugale, plus que toute autre, est favorable à la contagion. Le plus souvent les époux partagent la même chambre et le même lit, mangent à la même table, se servent des mêmes objets, respirent le même air, et cette cohabitation étroite trouve son couronnement dans l'union sexuelle et les démonstrations de tendresse les plus intimes et les plus légitimes. Il y a là des occasions répétées de contamination, importantes à préciser pour imposer au malade une sage retenue.

La pénétration du bacille par les *voies respiratoires* était jadis la plus généralement admise. Ce n'est peut-être pas la plus fréquente. Les fameuses particules de

FLÜGGE n'ont pas toute l'importance que celui-ci leur attribuait : les plus volumineuses ne sont pas respirables et, si les plus fines (inférieures à  $15\ \mu$ ) restent en suspension dans l'atmosphère jusqu'à 7 heures, elles ne contiennent généralement pas de bacilles (CHAUSSÉ), ou infiniment peu. Il faut recourir, comme KÜSS, à « l'inhalation d'un brouillard bacillifère », pour produire la tuberculose par pénétration pulmonaire directe, c'est-à-dire se placer, suivant la remarque de LANDOUZY, « dans des conditions qu'on pourrait appeler d'*inhalation forcée* » (1).

Les poussières virulentes, moins dangereuses que les produits frais, sont généralement arrêtées au niveau des voies respiratoires supérieures (2) et souvent rejetées par la toux. Dans leurs tentatives d'infection par les poussières, CADÉAC et MALLET ont échoué 44 fois sur 46, alors qu'ils obtenaient des résultats positifs par les pulvérisations de matière tuberculeuse. Si le bacille reste vivant près de 20 jours dans les crachats desséchés à l'obscurité (KÜSS), il a déjà perdu une grande partie de sa virulence au bout de 24 heures (CHAUSSÉ). Ces constatations diminuent notablement les dangers de contamination par la literie, le linge du phtisique ou les poussières de la chambre. Le grand danger semble bien dans les produits frais.

Leur pénétration par les *voies digestives*, démontrée par CHAUVEAU (1868), étudiée en 1878 dans la Thèse d'agrégation de P. SPILLMANN, défendue aujourd'hui avec

---

(1) C'est sans doute le cas bien connu des 10 nouveau-nés que contamina par insufflation directe la sage-femme tuberculeuse de Neuenburg.

(2) On sait l'extrême rareté de la contamination de la muqueuse nasale, bien défendue par le mucus qu'elle secrète.

conviction par CALMETTE et GUÉRIN, gagne du terrain et tend à passer au premier plan. A. CALMETTE conclut nettement à « la prépondérance du tube digestif comme voie normale de pénétration du bacille tuberculeux dans l'organisme ». J. KOCH et MOLLERS ont prouvé récemment que le bacille, après avoir subi impunément l'action du suc gastrique, pénètre à travers la muqueuse intestinale saine, traverse les chylifères et les ganglions mésentériques et gagne le canal thoracique et la circulation sanguine, le plus souvent sans laisser trace de son passage.

Sa pénétration par la muqueuse buccale, le naso-pharynx et les voies digestives supérieures semble par contre beaucoup plus rare, encor qu'il existe incontestablement une tuberculose primitive des amygdales, avec extension à tout l'anneau de Waldeyer et aux ganglions cervicaux.

Dans tous ces cas, la pénétration par la muqueuse digestive précède la localisation pulmonaire. Le contagement est apporté soit par la salive déglutie, soit par des aliments contaminés par les poussières ou par les particules de mucus des quintes de toux.

Beaucoup d'auteurs ont fait, à ce propos, le procès du baiser chez les tuberculeux. On a parlé de « baisers infectieux », et, plus dramatiquement, de « partage du poison dans la coupe bacillaire que sont les lèvres avides des amants ». Au Congrès de 1905, le Professeur Paul SPILLMANN établissait par quelques observations que la tuberculose est transmissible « par voie bucco-pharyngée, à la suite de rapports *ab ore* ». Dans la discussion qui suivit, LANDOUZY insistait sur la fréquence relative de ce mode de transmission entre conjoints, alors que le malade, « loin encore de la phtisie, porte par des baisers prolon-

gés, intimes, sur les lèvres et dans la bouche de l'époux ou de l'épouse, le contagement bacillaire... Combien de baisers légitimes n'ont-ils pas servi de porte d'entrée à la contagion ! »

Cet avis n'est pas partagé par CORNET, qui attribue au baiser bon nombre d'adénites scrofuleuses de l'enfance, mais le considère comme assez anodin chez l'adulte, — il est vrai que cet auteur est un partisan convaincu de l'origine aérienne de la contagion.

Une autre porte d'entrée, sur laquelle le Professeur Paul SPILLMANN insistait au Congrès de 1905, est la *voie génitale*. Il citait une proportion de « 8 cas de contagion évidente » sur 57 ménages étudiés. Cette hypothèse de la pénétration du bacille tuberculeux par la muqueuse génito-urinaire, émise en 1883 par VERNEUIL, après COHNHEIM, fit l'objet de discussions intéressantes de la part de leurs contemporains. VERCHÈRE (1884) et DERVILLE (1887) la soutiennent dans leur Thèse et FERNET et RICHARD la portent devant la Société Médicale des Hôpitaux (1884-1885).

Elle trouve une première confirmation dans la découverte du bacille de Koch dans le sperme et les sécrétions génitales de la femme, puis dans les expériences positives de CORNIL et DOBKLONSKY (1888), qui parviennent à tuberculiser des cobayes en introduisant des cultures dans le vagin ou l'utérus, de BAUMGARTEN, de BRETON, qui détermine une tuberculose primitive de la vessie par injections bacillaires à l'aide d'une sonde. De curieuses expériences de JUNG et BEUNECKE mettent en évidence le rôle capital d'un antipéristaltisme utérin physiologique : des grains de carmin introduits dans le vagin sont ainsi transportés jusque dans les cornes utérines, où ils sont

retrouvés ultérieurement. Ces faits sont bien connus des vétérinaires, témoin le cas de ce taureau de Haatish, atteint de tuberculose génitale, qui contamina successivement 60 vaches.

Au total, ce mode de transmission paraît bien établi, mais il est assez exceptionnel, rarement suivi de généralisation et ne possède pas, dans le mariage, l'importance que lui attribuaient les contemporains de VERNEUIL.

La contamination peut se faire soit par le coït, soit par des linges souillés, soit par le doigt ou par un instrument malpropres. Les corps étrangers les plus variés ont été découverts dans les voies génitales. CORNET, qui les énumère avec complaisance, insiste sur le rôle des perversions sexuelles dans ce mode de contamination. Selon lui, le contagé serait en réalité le plus souvent apporté par la salive, au cours de rapports bucco-génitaux (1).

La transmission du mari malade à la mère saine peut-elle se produire par l'intermédiaire du fœtus ? Admise par Francis DEVAY et de nombreux médecins du siècle dernier, la tuberculose conceptionnelle n'a reçu aucune confirmation des faits et demeure purement hypothé-

---

(1) La question est délicate et nous renvoyons pour plus de détails au texte de CORNET, qui cite, entre autres corps étrangers, des plumes d'oie, des épingles à cheveux, des cigares, des osselets, de petits flacons, des pièces de monnaie et même « ein Trinkglas von dem Manne vor der Trennung einer Frau eingeführt, um fernerem sexuellen Verkehr zu hindern ». (Nous nous excusons de donner le texte allemand, qui possède, comme le latin, le privilège de braver la pudeur.) Parlant de « Kopulation von Mund und Genitalien », CORNET établit un parallèle entre la tuberculose et la syphilis : « Ebensogut wie einmal das syphilitische Gift a genitalibus ad os, auch ein andermal das tuberkulöse Virus umgekehrt ab ore eines Tuberkulösen ad genitalia verbreitet wird. » (CORNET, *Die Tuberkulose*, Band I, pp. 321-323).

tique. Dans les expériences de GERTNER, la transmission s'est toujours faite directement : les femelles de cobaye et de lapin fécondées par du sperme virulent furent contaminées par le coït et non par l'intermédiaire de l'œuf infecté.

Nous n'insisterons pas davantage sur d'autres voies également exceptionnelles, telles que la voie otique, ou la pénétration ascendante par la muqueuse rectale, par la mamelle, par la séreuse péritonéale, qui ont surtout un intérêt expérimental.

Plus récemment, CALMETTE s'est attaché à l'étude de l'infection par *la muqueuse oculaire*. Il est incontestable que le bacille traverse cette muqueuse avec la plus grande facilité, sans lésions à la porte d'entrée, et détermine ensuite une tuberculose ganglionnaire typique. CALMETTE attribue tout particulièrement à ce mode d'infection un bon nombre d'adénites scrofuleuses de l'enfance. Le bacille est apporté par les mains souillées ou par les particules de salive émises par la toux.

J. COURMONT et PIÉRY attachent une importance prépondérante à une dernière voie de pénétration, *la voie cutanée*. Il ne s'agit pas seulement ici de l'inoculation accidentelle à la faveur d'une plaie, d'une piqure, d'une vésicule ou d'une pustule, — ensemble de faits bien établis par un grand nombre d'observations (DUBREUILH et AUCHÉ), — mais de la pénétration du bacille à travers la peau saine et ses glandes.

Suivant PIÉRY, les deux notions connexes de la virulence de la sueur et de la « peau porte d'entrée de la tuberculose nous donnent pour ainsi dire la clé de la tuberculose conjugale », la contagion étant réalisée « par le contact nocturne, par la cohabitation ». Ces conclu-

sions sont à coup sûr excessives, car la peau n'était intacte qu'en apparence dans la plupart des expériences positives. Il était nécessaire de la frictionner énergiquement au préalable, de l'épiler ou de la raser, pour assurer la pénétration du virus.

L'opinion de VILLEMIN et de CHAUVÉAU ne paraît pas infirmée : « La surface du derme ne se prête pas beaucoup à l'absorption et au développement de la matière tuberculeuse », et, lorsque l'infection cutanée se produit, presque toujours elle tend à demeurer localisée ou à guérir spontanément.

### III. -- Le terrain

La contagion ne résume pas à elle seule toute l'étiologie de la tuberculose. Le germe a besoin d'un terrain favorable pour se développer. Comme l'a écrit SERGENT, « on ne fait pas pousser du blé sur du roc », et c'est en ce sens qu'il faut entendre les termes de « contagion restreinte » ou de « contagion relative », employés par les contemporains de VILLEMIN.

La résistance plus ou moins grande ou la réceptivité du terrain dépendent d'un ensemble complexe de circonstances héréditaires ou occasionnelles.

L'influence de *l'hérédité* demeure très discutée. Il n'existe jusqu'ici aucun fait incontestable d'infection primitive de l'ovule ou du spermatozoïde — les quelques observations réunies par LANDOUZY n'entraînent pas la conviction — et très peu de faits positifs d'infection transplacentaire (une trentaine). Au total, « l'hérédité de graine » est exceptionnelle et paraît surtout relever de

la contamination intra-utérine de l'œuf par des lésions génitales maternelles de voisinage.

Il n'en va plus de même de l'hérédité de terrain. « Elle conditionne les viciations humorales, organiques et fonctionnelles, de certains fils de tuberculeux. Elle crée des dystrophies natives conduisant à l'amoindrissement de l'individu, comme à l'affaiblissement de la race. » (LANDOUZY.)

Dans une autopsie d'enfant extrait par opération césarienne sur une femme morte de phtisie pulmonaire, J. PARISOT et HANNS trouvèrent la réaction de Bordet positive dans le sang de la mère et celui de l'enfant, alors que la recherche du bacille de Koch dans le placenta et les organes fœtaux et l'inoculation au cobaye étaient restées négatives. De même, Esther ROSENKRANTZ a prouvé la transmission héréditaire des anticorps tuberculeux chez 31 % des nouveau-nés pris au hasard à la Maternité Baudelocque.

La conclusion déjà ancienne de PETER : « On ne naît pas tuberculeux, mais tuberculisable », demeure vraie dans l'immense majorité des cas, avec ce correctif toutefois que l'hérédité tuberculeuse de terrain ne s'exerce pas nécessairement dans le sens de la sensibilisation.

Elle peut tout aussi bien déterminer chez l'enfant un certain degré d'immunité à l'égard des infections ultérieures, et SABOURIN admet en effet que « le descendant de tuberculeux apporte en naissant une immunité anti-tuberculeuse ».

Les statistiques s'accordent en général à reconnaître que la morbidité tuberculeuse est beaucoup plus considérable chez les enfants de tuberculeux, mais ce fait ne relève pas fatalement d'une hérédité-prédisposition. Sur 500

familles saines, M. PERRIN trouve une morbidité tuberculeuse infantile de 2,68 %, alors qu'elle atteint 25,82 % chez les enfants de 500 familles tuberculeuses. PISSAVY donne respectivement les chiffres assez analogues de 8 % et de 31 %. La mortalité tuberculeuse serait également plus élevée parmi les descendants de familles tuberculeuses, mais ce point est très contesté et n'est sans doute pas exact pour les descendants parvenus à l'âge adulte.

La prédisposition tuberculeuse peut aussi résulter d'autres tares non spécifiques, telles que l'alcoolisme des ascendants et les intoxications, ou encore du mauvais état de santé du père ou de la mère au moment de la procréation, conditions sur lesquelles les Congrès d'Eugénique ont justement insisté.

Pour ne pas dépasser les faits, nous nous bornerons à conclure, avec GRANCHER et HUTINEL, « qu'il y a des familles plus tuberculisables que d'autres ».

C'est seulement, en règle générale, après la naissance et, le plus souvent, dans le milieu familial que la contamination s'effectue. Les statistiques si réconfortantes de l'Œuvre Grancher prouvent bien que l'enfant échappe à la contagion, si on le sépare précocement de sa famille(1).

L'accord tend de plus en plus à se faire aujourd'hui sur ce principe que la tuberculose est une maladie de l'enfance et que l'infection de l'adulte « est un réveil d'une tuberculose endormie depuis l'enfance ou une

---

(1) A Paris, 60 % des enfants demeurés avec leurs parents tuberculeux deviennent tuberculeux eux-mêmes, alors que la morbidité tuberculeuse ne dépasse pas 0,60 %, chez les protégés que l'Œuvre Grancher envoie à la campagne (GRANJUX).

*réinfection d'un organisme immunisé partiellement »*  
(SERGENT).

Les études de DEBRÉ et PARAF sur la période anté-allergique et le début de la tuberculose mettent bien en lumière l'extrême réceptivité du nourrisson à l'égard du bacille et l'importance capitale de cette primo-infection. Le développement et l'évolution de la tuberculose de l'adulte sont, en grande partie, conditionnés par l'intensité de la primo-infection de l'enfant.

La gravité de celle-ci paraît surtout dépendre du nombre des bacilles infectants. A une dose faible de bacilles correspond une période anté-allergique longue et un état d'immunité plus ou moins prononcé ; à une dose forte, une période anté-allergique courte, une grande sensibilité aux réinfections et souvent une mort rapide.

Le résultat des primo-infections — car elles sont généralement multiples — est l'apparition chez l'enfant, après une période d'incubation qui varie de quelques jours à 4 mois, d'une modification humorale, d'un *état allergique*, sur lequel nous aurons l'occasion de revenir.

On peut dire que, de cette première prise de contact avec le bacille, l'enfant sort tuberculisé pour la vie. Un foyer plus ou moins latent subsiste désormais dans l'organisme, le plus souvent au niveau du poumon et des ganglions trachéo-bronchiques. Que, sous une influence quelconque, l'adulte traverse une période de moindre résistance, et l'infection qui sommeille se réveillera, la maladie reprendra son évolution. « La phtisie pulmonaire de l'adulte n'est que la fin d'une histoire dont les origines sont plus ou moins anciennes. » (BURNET.)

On a beaucoup discuté sur l'origine de ces réinfections. Pour les uns, elles résultent de la libération de bacilles

virulents au niveau d'anciens foyers mal éteints (dans cette hypothèse, la contagion maritale de la tuberculose n'existerait pas). Pour d'autres, elles sont le fait d'apports extérieurs, de « surinfections » venues du dehors. En réalité, les deux modes semblent possibles et ne s'excluent pas. Les réveils de la bacilliose chez l'adulte peuvent être tantôt d'origine endogène, tantôt d'origine exogène, — c'est à l'enquête clinique minutieuse qu'il appartient surtout de décider. Dans les deux cas, la condition nécessaire est une défaillance du terrain et sa réceptivité : « L'homme sain est un animal réfractaire à la tuberculose. »

A. ROBIN s'est attaché à étudier « les éléments du diagnostic du *terrain tuberculeux* », qu'il ramène à deux : l'exagération des échanges respiratoires et la déminéralisation organique. L'hyperphosphaturie et l'hypercalciurie des tuberculeux latents sont bien établies et importantes à connaître pour dépister « les états de déchéance pré-tuberculeuse » qui précèdent généralement la réinfection (1).

Des influences multiples modifient chez l'adulte la *résistance du terrain* et peuvent provoquer sa déchéance. Tel est le cas des *maladies « anergisantes »* (rougeole, grippe, typhoïde, etc.). La plupart des cliniciens reconnaissent de même un rôle de premier plan à l'alcoolisme.

---

(1) L'étude de l'élimination urinaire chez les tuberculeux a été récemment reprise par PAYSANT (*Thèse Nancy, 1922*), qui confirme les recherches de ROBIN sur la déminéralisation. En réalité, la calciurie n'est augmentée qu'aux deux premières périodes de la tuberculose, mais diminuée à la période terminale. L'excrétion phosphatée absolue serait diminuée au cours de la maladie, mais il existerait une hyperphosphaturie relative par rapport aux autres déchets urinaires (augmentation du rapport phosphaturique).

N. FIESSINGER et P. BRODIN attribuent à l'anergie hépatique les granulies terminales survenant au cours d'hépatites alcooliques.

Nous n'insisterons pas sur le rôle de causes banales, qui ne sont pas particulières à la tuberculose conjugale : traumatismes, refroidissement, surmenage professionnel, maladies intercurrentes (entérite, diabète), fautes d'hygiène alimentaire et d'hygiène générale.

DAREMBERG attribuait une grande importance dans le mariage aux préoccupations matérielles qui résultent de l'entretien d'un foyer. Que de fois nous avons vu leur salaire insuffisant vouer aux privations et au surmenage le père et la mère de familles nombreuses ! Le rôle des soucis moraux n'est pas moindre. On imagine facilement l'angoisse de la femme qui soigne avec dévouement un mari phthisique et passe des nuits sans sommeil à son chevet.

La *vie génitale* a une grande influence dans les deux sexes. La « tuberculose nuptiale » existe aussi bien chez l'homme que chez la femme et relève du surmenage sexuel. Beaucoup admettent la thèse des « Embrasés », suivant laquelle l'infection surexciterait le sens génésique chez les bacillaires. « L'ardeur qui les dévore, dit ANGLADA, les pousse à l'accomplissement de l'acte vénérien et il n'est pas rare de voir l'un des époux ne désertier la couche conjugale qu'aux approches de la mort. »

En réalité, cette surexcitation n'est rien moins que démontrée et ne se rencontre guère qu'aux phases initiales de la maladie. Elle résulte beaucoup moins « de la prédominance du système nerveux toujours surexcité chez les natures malades », que d'un entraînement psychique, où entre pour une large part, suivant l'expression empha-

tique de DROCHON, « le besoin d'épuiser rapidement la coupe des voluptés ». A l'excitation initiale succède, le plus souvent, une diminution marquée de l'ardeur génitale, comme le prouve l'interrogatoire des malades (DE MUSGRAVE CLAY).

Pour la femme tuberculeuse, la période menstruelle constitue toujours une époque critique, précédée d'une légère élévation thermique et marquée fréquemment par une poussée congestive pulmonaire, quelques crachats hémoptoïques et les divers « équivalents menstruels » bien étudiés par SABOURIN. A l'autre pôle de la vie génitale, on a noté le réveil de la tuberculose au moment de la ménopause.

La *grossesse*, surtout lorsqu'elle est répétée à de courts intervalles, aggrave en général les formes fébriles ou évolutives de la tuberculose, ce qui s'explique par la décalcification du sujet, les troubles d'insuffisance surrénale et l'anergie des derniers mois et de la délivrance (NOBÉCOURT). Par contre, les tuberculoses latentes ou torpides seraient, suivant BARD, améliorées dans les deux tiers des cas, et ce résultat paraît dû à la décongestion thoracique et à la suppression des périodes menstruelles dans la grossesse.

Dans une statistique récente de 164 tuberculeuses observées à l'Hôpital Laënnec, L. BERNARD a noté une aggravation manifeste de la tuberculose par les événements obstétricaux dans 31 cas, — comprenant surtout des formes récentes ou actives, — et l'allaitement ajoutait en général un nouveau facteur d'aggravation à l'accouchement. En dehors de la période cachectique, la grossesse évolue généralement à terme chez les tuberculeuses et les

accidents n'apparaissent qu'au moment de la puerpéralité ou dans les mois suivants.

Dès 1884, POTAIN attirait l'attention de ses auditeurs sur ce fait que, dans la plupart des observations, « les femmes qui deviennent phtisiques par contagion ont eu des enfants : ...la grossesse est une cause débilitante qui prédispose à l'infection tuberculeuse ». Nous trouvons là, sans doute, l'explication d'une constatation faite par le Comité lorrain de la tuberculose en 1905, c'est que la mortalité tuberculeuse est sensiblement plus élevée jusqu'à la fin de la vie génitale chez la femme que chez l'homme, alors que la courbe de la mortalité masculine reprend le dessus après la ménopause.

Si l'homme est plus souvent victime des influences débilitantes professionnelles, la femme, gardienne du foyer, est plus particulièrement exposée aux méfaits de l'air confiné. Le procès du *surpeuplement* n'est plus à faire. Lorsqu'on met en parallèle « les chiffres de haute mortalité qui dominent dans certaines agglomérations françaises, et l'état de surpeuplement de leurs quartiers meurtriers, on est frappé de la correspondance presque absolue de ces chiffres entre eux » (A. REY).

Trop souvent la famille ouvrière, la famille nombreuse surtout, est obligée de s'entasser dans une ou deux pièces exiguës, véritables « niches à hommes » sans air et sans lumière. Les statistiques toujours actuelles de SOGNIÈS (1),

---

(1) H. SOGNIÈS a dressé la « carte par Tuberculose de Nancy » et mis en lumière « le retour successif et plus ou moins rapide des décès dans une même maison ». Dans les logements délabrés de la rue Clodion, la mortalité tuberculeuse est de 114 p. 10.000, alors que la population aisée de la rue St-Jean ne paie qu'un tribut de 19,56 p. 10.000 à la phtisie.

à Nancy, montrent que « la fréquence de la phtisie est en raison inverse de la richesse et de la densité de la population ». Sur 62 ménages pauvres, il en trouve 28 qui ne possèdent pour logement qu'une seule chambre, et la situation ne s'est pas améliorée du fait de la guerre !

Le problème se pose de façon aiguë dans toutes les grandes villes et PLICQUE a justement dénoncé à Paris ces « maisons maudites », où la tuberculose emporte en quelques années des familles entières de 5 et 6 personnes, victimes d'une promiscuité qui rend toute prophylaxie illusoire.

Comme nous voici loin du bacille, cause spécifique de la maladie ! C'est par sa face sociale qu'il faut considérer le problème de la tuberculose, pour en comprendre toute l'ampleur : la tuberculose est bien « la maladie de la misère » de BOUCHARDAT ou mieux, suivant le mot de LANCEREAUX, « la maladie de la civilisation ».

---

## CHAPITRE III

### Enquêtes et statistiques

Les premières enquêtes instituées sur la contagion de la tuberculose se présentaient sous la forme d'un référendum.

En 1864, BOWDITCH, de Boston, consulte les médecins de la région et obtient 210 réponses : 110 étaient favorables à la contagion, 45 négatives, 55 indécises. En 1878, HOLDEN obtiendra de même, sur 500 médecins américains consultés, 265 réponses, dont 126 affirment la contagion.

La plupart des auteurs de cette époque, VIALETTES, BERGERET, CASTAN, se bornent à la publication de faits isolés, plus ou moins démonstratifs.

Dans sa Thèse (1870), COMPIN résume en un court tableau 98 cas de contagion, dont 56 de tuberculose conjugale :

Transmission du mari à la femme : 32,

Transmission de la femme au mari : 24.

Il note que « l'incubation de cette phtisie acquise par contagion varie, suivant les cas, de quelques mois à deux

ans. La phtisie communiquée par contagion nous a semblé avoir une marche plus rapide que la phtisie originelle ou héréditaire » ; la forme galopante est fréquente.

DE MUSGRAVE CLAY (1879) conclut lui aussi, de ses 111 observations, « qu'il est tout à fait exceptionnel de voir la tuberculose par contagion suivre une marche lente ». Il attribue une large influence à la vie génitale de la femme dans l'explication de sa contamination plus fréquente et signale comme principales conditions favorables à la contagiosité :

« 1° La vie en commun, surtout pendant la nuit, dans un appartement où le renouvellement de l'air est insuffisant ;

« 2° Les relations sexuelles ;

« 3° La gestation, dans le cas de tuberculose du mari ;

« 4° Le sexe féminin, peut-être à cause du motif précédent) ;

« 5° La jeunesse du sujet sain ;

« 6° La vie sédentaire de la personne exposée à la contagion ;

« 7° L'état avancé des lésions locales chez le sujet tuberculeux. »

La statistique de DROCHON (1882), plus étendue, porte sur 169 contagionnés :

|                  |   |                             |    |
|------------------|---|-----------------------------|----|
| Hommes : 61..... | { | 1° Pendant le mariage.....  | 32 |
|                  |   | 2° En dehors du mariage.... | 29 |
| Femmes : 108.... | { | 1° Pendant le mariage.....  | 68 |
|                  |   | 2° En dehors du mariage.... | 40 |

Ici encore, la contagion serait beaucoup plus fréquente de mari à femme ; la différence est de près de moitié.

En 1882, ROBERTSON communique à la réunion annuelle de l' « Association Médicale Britannique » le résultat d'une enquête entreprise sur 100 familles de sa clientèle : « Sur 100 ménages où l'un des conjoints était phtisique, 80 fois l'autre conjoint est resté bien portant ; les enfants issus de parents phtisiques ont été épargnés 69 fois sur 100. »

Au même Congrès, WILLIAMS cite sa statistique sur la rareté de la contagion hospitalière. Il croit à la possibilité de la contagion entre conjoints, mais sous certaines conditions très étroites, qui en limitent beaucoup la fréquence.

L'enquête entreprise à cette époque par l'Association Médicale Britannique provoque 261 rapports favorables à la contagion, dont 191 cas de tuberculose conjugale, parmi lesquels :

119 de mari à femme,

69 de femme à mari.

On est frappé de l'évolution généralement rapide de la phtisie transmise. Sur 105 cas étudiés avec détail, la mort est survenue 54 fois en moins de 5 mois, 88 fois en moins de 18 mois.

L'enquête de la Société Médicale de Berlin (1884) ne réunit que 23 cas de contagion maritale, dont 11 de mari à femme et 12 de la femme au mari. Même insuffisance de l'enquête de la *Wiener Medizinische Presse*.

En Italie, 680 réponses parviennent à la « Société Italienne d'Hygiène » (1884), dont 59 sont favorables à la contagion (8,7 %), 124 se prononcent contre elle (18,2 %) et 407 attribuent le principal rôle à l'hérédité (73,1 %).

Dans sa *Leçon sur la Transmission de la Phtisie entre*

*Epoux* (1885), POTAIN cite une statistique du docteur MAREST, communiquée à la Commission de Phtisiologie : sur 16 veufs ou veuves de phtisiques, 14 demeurèrent en parfaite santé.

Dans la statistique personnelle de LEUDET, qui porte sur 74 ménages, la contagion ne paraît s'être exercée que 7 fois, après une cohabitation ou un intervalle silencieux souvent fort longs (de 1 à 12 ans). Dans 6 cas, la tuberculose simultanée des deux époux ne semble pas relever de la contagion, mais de l'hérédité ou de manifestations antérieures. Dans 61 ménages, la propagation fait complètement défaut, ce qui prouverait « que le plus grand nombre des conjoints échappe à la contagion ». En réunissant sa statistique à celles de POULET et de ROBERTSON, LEUDET trouve « 30 conjoints tuberculeux sur 235 ménages où l'un était primitivement atteint de phtisie. On a donc raison de déclarer que la contagion maritale est au moins très restreinte, si elle existe ; j'attends, pour m'en convaincre, des statistiques où l'on opposera aux faits de contagion ceux d'immunité de l'un des conjoints ».

En 1886, le rapport de VALLIN résume les résultats de l'enquête de la Société Médicale des Hôpitaux sur la contagion de la phtisie. Sur 107 cas de contagion entre conjoints, il note 64 fois la transmission du mari à la femme et 43 fois de la femme au mari. Le rapporteur fait surtout état des observations positives, mais beaucoup des correspondants déclarent n'avoir jamais observé un seul exemple de contagion conjugale. POULET rapporte 61 cas négatifs, et DELACOUR cite sa statistique personnelle de 50 ménages où l'un des deux époux mourut de tuberculose ; dans 4 cas seulement le survivant devint phti-

sique (1). VALLIN conclut : « Dans la classe aisée, la contagion de l'époux tuberculeux au survivant paraît n'avoir lieu qu'une fois sur dix...

« Cette proportion est notablement plus élevée dans les classes pauvres ou peu aisées. La contagion dans ces cas est favorisée par la communauté du lit et de la chambre pendant la période de consommation de l'époux tuberculeux, par la mauvaise ventilation et le défaut de propreté de la chambre du malade. La femme, plus sédentaire sinon plus dévouée, est plus fréquemment que le mari victime de la contagion. »

Le chiffre de 10 % de l'enquête française se rapproche sensiblement des résultats d'ensemble fournis par les différentes statistiques de cette époque. Au total, sur 1.666

---

(1) L'enquête avait été annoncée par une circulaire, rédigée par VILLEMEN et VALLIN, qui s'exprimait ainsi : « La possibilité de la transmission n'est plus guère aujourd'hui contestée, mais il importe de savoir dans quelles conditions, exceptionnelles sans doute, cette transmission s'effectue.

*Conjoints* : Dans le cas de transmission entre époux, insister sur les antécédents héréditaires et la santé antérieure de part et d'autre.

Le survivant, devenu malade à son tour, a-t-il partagé le lit, la chambre du conjoint phthisique à une période avancée de la maladie ? Dans ce cas, le sol de la chambre, la literie, l'alcôve étaient-ils souillés par les produits de l'expectoration ?

Quelle part faut-il faire aux fatigues, aux émotions, à la vie confinée, à la prédisposition dans le développement de la tuberculose chez l'époux survivant ?

Indiquer les dates du début de la vie en commun, du décès, du début de la tuberculose transmise.

Quelle vous a paru être la fréquence relative des cas de transmission ?

Les malades atteints de phthisie laryngée, buccale, linguale ou pharyngée, semblent-ils transmettre plus facilement la tuberculose autour d'eux ?

La tuberculose transmise a-t-elle une marche plus rapide que d'ordinaire ? »

ménages où l'un des époux était tuberculeux, 134 fois l'autre fut trouvé tuberculeux (CORNET).

L'étude que FERRAND communique au Congrès pour l'étude de la Tuberculose, en 1888, ne porte que sur trois cas, tous trois négatifs. L'époux sain demeure indemne, en dépit de la cohabitation la plus étroite avec le conjoint tuberculeux, alors que la plupart des enfants meurent de tuberculose ou sont contaminés. FERRAND s'élève contre les « exagérations auxquelles l'idée de contagion » entraîne certains phthisiologues, la presse et le public, et conclut au « peu de contagiosité de la tuberculose ».

P. JOUSSET (1892) relève également « cet affolement de la contagion », contre lequel « des faits, en nombre considérable et scientifiquement recueillis, semblent démontrer que la phtisie n'est pas transmissible par cohabitation ». Sur 51 ménages qu'il a observés, P. JOUSSET relève à peine 2 cas de contagion conjugale et RICOCHON, qu'il cite, n'en observe aucun sur 59 autres.

La communication de LEMIERE (1899) insiste, après CATRIN, sur la rareté des antécédents héréditaires chez les phthisiques. Ces antécédents font défaut dans 81 % des cas. Les 14 observations de tuberculose conjugale relatées par LEMIERE sont assez inégales. Il cite les statistiques déjà connues de LEUDET et DELACOUR, qui admettent la contagion maritale dans 10 à 15 % des cas, et celles plus pessimistes de SÉJOURNET (25 %) et de VAN YSSENDICK (42 %).

Au Congrès de 1905, MONGOUR communique des résultats plus favorables. Il n'observe que 16 cas de contagion, dont 11 de mari à femme, sur 440 ménages où l'un des conjoints était tuberculeux. Dans 7 cas, la période d'incubation fut très courte ; dans les 9 autres, elle variait

de 1 à 13 ans. Ainsi donc, « la contagion maritale de la tuberculose est rare, puisqu'elle ne s'observe que dans 4 % des ménages dont l'un des membres est tuberculeux... Oui, la tuberculose est contagieuse, mais dans des limites restreintes qui imposent aux partisans les plus convaincus de la contagion un peu plus de calme, aux parents et amis un peu plus de courage ».

Le même Congrès de 1905 fut l'occasion de plusieurs communications sur l'hérédité des tuberculeux. PÉGU-RIER, d'après 350 cas, incrimine surtout l'hérédité alcoolique comme « cause de réceptivité de la descendance à l'égard de la phtisie » (1). ZILGIEN admet l'hérédité tuberculeuse dans 50 % des cas, alors que MONGOUR ne reconnaît que 20 % de tuberculeux héréditaires et que DURAND et GENTES ne notent des ascendants tuberculeux que 14 fois sur 114 malades.

Dans son étude déjà citée sur la descendance des tuberculeux, PERRIN signale, sur 500 familles, le père seul tuberculeux 217 fois, la mère seule 214 fois, et tous les deux simultanément dans 69 cas.

CORNET, dans une statistique personnelle qui comprend 594 ménages, en trouve 135 où les deux époux sont tuberculeux, soit 23 %. Encore considère-t-il ces chiffres comme sujets à caution, l'observation n'ayant souvent porté que sur une période trop limitée.

Il cite les pourcentages très différents de certains auteurs : 3 % d'après THOM (plus 2 % de cas douteux), 12 % d'après BREHMER et HAUPT, 17,27 % d'après

---

(1) Il note accessoirement que « les familles où le père était à la fois alcoolique et tuberculeux sont celles qui ont compté le plus grand nombre de naissances (en moyenne 7 par ménage) ».

M. KIRCHNER, 39 % d'après ELSAESSER. Suivant JAWORSKI, le mari sain est contaminé dans un quart et la femme saine dans un tiers des cas par le conjoint tuberculeux. De leur côté, JACOB et PANNWITZ, sur 1.540 phtisiques mariés, trouvent 131 fois l'autre conjoint tuberculeux. Ces divergences dans les résultats sont dues en partie à la clientèle très différente des sanatoria où les statistiques ont été établies.

Le désaccord devient plus considérable encore, lorsqu'il s'agit de déterminer la part de l'hérédité et des antécédents personnels dans chacun des cas. A Durtol, en 1915, SABOURIN trouve une hérédité directe chez 60 à 70 % de ses malades. Par contre, une enquête très minutieuse entreprise par P.-J. MÉNARD, à La Tronche, sur des tuberculeux de guerre, aboutit aux conclusions suivantes : « Sur 216 malades, 35, soit 16,2 %, ont une hérédité tuberculeuse connue. Sur 107 malades, 13, soit 12,14 %, ont des antécédents personnels tuberculeux ou suspects de tuberculose, avérés. » Dans 6,54 % des cas, on trouve à la fois des antécédents héréditaires et des antécédents personnels tuberculeux.

Dans une étude récente, WARD cherche à établir la fréquence beaucoup plus grande de la contagion bacillaire dans le mariage. Parmi les conjoints de ses malades mariés, il trouve 58 % de tuberculeux, alors que la proportion serait seulement de 20 % dans l'entourage des tuberculeux célibataires et de 5 % dans l'entourage des sujets sains.

Enfin, H. LEE BARNES vient de publier (1921) la statistique du Sanatorium de l'Etat de Rhode-Island. Sur 2.262 époux des deux sexes en traitement, 62 seulement ont déclaré avoir un conjoint tuberculeux, et ce chiffre doit

être réduit à 50, en raison des réadmissions. Le pourcentage serait donc de 2,7 %, ce qui ne paraît pas supérieur au pourcentage général de la population. Par contre, sur 229 veufs, 93 avaient perdu leur conjoint de tuberculose, soit 40 %, alors que la mortalité tuberculeuse habituelle dans le mariage n'est que de 12 % au-dessous de 70 ans. Cette statistique est passible d'un certain nombre de critiques et *The Lancet* objecte très justement à l'auteur que ses chiffres ne sont pas comparables entre eux : la proportion de 40 % concerne des sujets de 20 à 50 ans ; celle de 12 %, des sujets au-dessous de 70 ans.

---



## CHAPITRE IV

### Statistique du Dispensaire Villemin

Nos recherches ont porté sur l'ensemble des familles visitées depuis sa fondation (mars 1920) par le Dispensaire Villemin, de Nancy.

D'une étude attentive des dossiers sociaux et des fiches individuelles des malades, nous avons retenu 423 familles, dans lesquelles un seul des époux ou tous les deux étaient classés nettement comme tuberculeux.

Nous aurions pu ajouter à ce chiffre un certain nombre d'observations provenant de malades en traitement à l'Hôpital Civil, ou de cas personnels que nous relaterons plus loin. Nous nous en sommes abstenu, pour ne pas fausser notre statistique, qui porte ainsi sur un groupe de familles bien homogène, habitant pour la plupart la ville de Nancy et sa banlieue immédiate.

Les malades du Dispensaire Villemin appartiennent en outre à la même *classe sociale* : manœuvres, ouvriers nécessiteux, petits employés, trop fréquentes victimes du « taudis », bien décrit jadis par SOGNIÈS à Nancy. Toutes

les statistiques s'accordent à reconnaître que c'est dans ces milieux que la tuberculose exerce son maximum de ravages (1).

Dans certains cas, nous avons tenu nous-même à nous rendre au domicile des malades, en compagnie de l'infirmière-visiteuse, pour mieux préciser les conditions de la contagion. Nous avons vu le berceau des nourrissons serré contre le lit des parents tuberculeux, les enfants à demi-vêtus se traînant sur le plancher crasseux, toute la famille entassée dans la même chambre mal aérée...

Nous avons vu aussi d'autres exemples très méritoires où, dans un logement non moins exigü, la mère attentive parvenait à préserver sa famille de la contagion, et nous avons mieux saisi, devant ces faits, toute l'importance de l'éducation hygiénique à domicile dont sont chargés les dispensaires.

Nos observations comprennent des malades à tous les stades, depuis la simple condensation des sommets jusqu'à la cachexie terminale. Dans l'ensemble, la tuberculose nous a paru toucher *plus fréquemment le mari que la femme* (peut-être la guerre n'est-elle pas étrangère à ce fait, en désaccord avec certaines constatations antérieures).

Nos 423 familles se répartissent de la façon suivante :

---

(1) Les chiffres de MARC D'ESPINE sont bien connus : sur 1.000 décès de pauvres, il y a 232 tuberculeux ; sur 1.000 décès de riches, il y a 63 tuberculeux. De même, BERTILLON admet que la tuberculose est dix fois plus fréquente chez les pauvres. LEUDET avait déjà noté que « la marche de la tuberculose pulmonaire est beaucoup plus lente dans la classe aisée que dans la classe ouvrière ».

|                                          |     |
|------------------------------------------|-----|
| Mari seul atteint.....                   | 211 |
| Femme seule atteinte.....                | 163 |
| Mari et femme atteints simultanément.... | 49  |

soit une proportion de 11,58 % pour l'atteinte simultanée des deux conjoints.

En regard de ce pourcentage, nous avons recherché la fréquence de l'atteinte chez les descendants. 85 fois les enfants se trouvaient contaminés, — et ce chiffre est certainement inférieur à la réalité, car il ne comprend que les familles où l'on découvrirait chez les enfants, non pas une simple adénopathie trachéo-bronchique, mais des lésions pleuro-pulmonaires nettes ou des formes évolutives.

En tenant compte du fait que 85 familles n'avaient pas d'enfants, nous arrivons à une *proportion minima* de 25,02 % de contaminations infantiles, soit plus de deux fois plus que chez l'adulte, ce qu'il était facile à prévoir.

En réalité, c'est *cinq fois plus* qu'il faudrait dire, car la proportion de 11,58 % ne correspond pas au pourcentage réel des cas de contagion. Nous avons étudié en détail les 49 observations dans lesquelles les deux époux sont tuberculeux et recherché chaque fois l'origine de la maladie : 27 cas paraissent étrangers à la contagion conjugale.

Chez l'homme, il s'agit fréquemment d'affection contractée à la suite des fatigues de la guerre, de longs mois de captivité, d'une blessure ou d'une intoxication par gaz. Ou bien l'étude des antécédents révèle clairement l'origine héréditaire de la maladie, ou encore une hémoptysie, une atteinte évidente antérieure au mariage. Parfois, il est possible de remonter exactement jusqu'à la source du contage, comme dans le cas de cette fille de

parents tuberculeux, qui se contamina dans sa jeunesse au chevet d'un oncle phtisique.

Sur les 22 cas restants, la contagion paraît certaine ou très probable dans 14 et « possible » dans 8. En lui faisant la part aussi large que possible, nous aurions donc 22 cas de transmission sur 423 ménages, soit une *proportion de 5,2 %*, manifestement très faible.

Encore convient-il de remarquer que la contagion ne s'est le plus souvent traduite, chez le conjoint sain, que par des lésions torpides, simple pleurite ou induration des sommets, sans tendance évolutive : véritables « contaminations latentes » (15 fois), correspondant à une défaillance passagère de l'organisme.

Dans 7 cas seulement, que nous rapporterons plus loin, la contamination a été suivie d'une évolution tuberculeuse (« contaminations évolutives ») chez le conjoint sain : évolution rapide à période d'incubation relativement courte dans 4 cas, qui rappellent assez nettement les observations citées dans l'enquête anglaise de 1882 et le rapport de VALLIN (1886) ; évolution tardive dans les 3 autres, puisqu'elle ne se produisit que plusieurs années après la mort de l'époux phtisique et sous l'influence de facteurs étrangers, dont la part semble prépondérante. Au total, *la contagion conjugale paraît rare et revêt une forme bénigne dans plus des 2/3 des cas.*

La *durée de la cohabitation* qui a précédé la contamination était souvent fort longue, avec communauté de lit le plus fréquemment et communauté de chambre toujours, jusqu'à des périodes généralement très avancées de la maladie. L'intervalle entre l'atteinte des deux conjoints était de :

|                    |         |
|--------------------|---------|
| 6 mois à 1 an..... | 4 fois. |
| 1 à 2 ans.....     | 5 —     |
| 3 ans.....         | 2 —     |
| 7 à 9 ans.....     | 3 —     |
| 10 à 12 ans.....   | 4 —     |

En outre, 4 fois la tuberculose n'a débuté qu'après la mort de l'époux malade : aussitôt, dans un cas ; 2, 6 et 7 ans après, dans les autres. Cette incubation prolongée permet de penser que la contagion conjugale n'a joué ici qu'un rôle d'appoint.

Un fait curieux, déjà signalé dans les statistiques précédentes, mais de façon beaucoup moins nette, est la *plus grande fréquence de la contagion de mari à femme*. Nos 22 cas se classent ainsi :

|                      |    |
|----------------------|----|
| De mari à femme..... | 18 |
| De femme à mari..... | 4  |

Ce fait nous paraît attribuable, dans près de la moitié de nos observations, à la réceptivité particulière de la femme au cours de la grossesse, de la puerpéralité et de la lactation. Peut-être faut-il incriminer aussi la vie sédentaire, plus fréquente chez elle, et la période menstruelle, qui marque une époque de moindre résistance.

Plusieurs fois, dans les deux sexes, c'est à la faveur d'une grippe ou d'une infection passagère que la contagion paraît s'être produite. Parfois enfin, elle nous a paru favorisée par l'hérédité tuberculeuse, et la part respective des deux facteurs dans chaque cas particulier devient alors bien difficile à préciser. Nous ne pensons pas cependant qu'il faille, comme certains auteurs, rejeter *a priori* toute contagion chez un sujet, sous le prétexte qu'il présente des antécédents héréditaires.

Il est manifeste que la contagiosité appartient surtout

aux formes actives de la maladie. Sur 22 cas de transmission, 17 provenaient de tuberculoses ouvertes à expectoration bacillifère (1).

Afin de connaître aussi exactement que possible la mesure de la contagion tuberculeuse, nous avons groupé dans un tableau spécial les ménages atteints de tuberculose ouverte (B. K. +) :

|                                        |     |
|----------------------------------------|-----|
| Nombre de ménages.....                 | 147 |
| Mari seul atteint.....                 | 91  |
| Femme seule atteinte.....              | 28  |
| Mari et femme atteints simultanément.. | 28  |

Les 28 cas d'atteinte simultanée des deux époux relevant 17 fois de la contagion d'après notre enquête, nous parvenons à une proportion réelle de 11,56 % de contagion conjugale dans les tuberculoses ouvertes.

Le pourcentage de la morbidité tuberculeuse infantile dans les mêmes familles est *plus de 3 fois supérieur*. Les enfants se trouvaient atteints 47 fois. En tenant compte de 22 ménages sans enfants, nous trouvons les descendants contaminés dans 37,59 % des cas, et, comme nous l'avons noté déjà, ce chiffre est un minimum, alors que celui de la contagion conjugale paraît être un maximum.

Le tableau suivant résume nos conclusions à cet égard :

---

(1) En réalité, la distinction entre tuberculoses ouvertes et tuberculoses fermées n'a rien d'absolu et possède surtout une valeur pratique. La plupart des tuberculeux classés comme « tuberculeux fermés », avec des signes stéthoscopiques souvent très frustes, sont susceptibles, d'un jour à l'autre, d'éliminer transitoirement des bacilles, — comme le montrent fréquemment des examens bactériologiques répétés en série et minutieux sur un même individu. Peut-être même peut-on parler de porteurs sains de bacilles tuberculeux.

|                                               | Statistique<br>globale | Tuberculoses<br>ouvertes |
|-----------------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| Nombre de familles.....                       | 423                    | 147                      |
| Cas de contagion entre époux....              | 22                     | 17                       |
| Pourcentage de contagion conju-<br>gale ..... | 5,2 %                  | 11,56 %                  |
| Morbidité tuberculeuse infantile..            | 25,02 %                | 37,59 %                  |

Nous ne nous flattons pas d'avoir atteint la vérité dans tous les cas. L'enquête étiologique est complexe et ne nous a pas toujours permis de conclure avec une entière certitude. Bien souvent, en découvrant une condensation banale du sommet chez la femme déprimée d'un tuberculeux bacillifère, nous nous sommes demandé si ces lésions relevaient de la contagion maritale ou n'étaient que le reliquat d'une atteinte fruste antérieure.

Il serait intéressant de rechercher, sur cent adultes apparemment sains pris au hasard, combien présentent de signes cliniques d'anciennes lésions tuberculeuses plus ou moins ignorées.

Ce travail compléterait heureusement les statistiques des anatomo-pathologistes que nous rappellerons plus loin.



## CHAPITRE V

### Localisations extra-pulmonaires

La tuberculose pulmonaire est manifestement la forme habituelle de la tuberculose conjugale. Aussi nous bornerons-nous à relater brièvement les principales localisations en dehors de l'appareil respiratoire, en insistant spécialement sur certaines d'entre elles plus particulières à la vie conjugale.

Les exemples d'infection tuberculeuse de *la peau* sont nombreux chez les personnes appelées à soigner des bacillaires. Une jeune femme se contamine avec les fragments d'un crachoir qu'elle a laissé tomber. Telle autre, âgée de 53 ans, contracte un abcès nécrotique de la main en appropriant le crachoir de son mari.

VERCHÈRE rapporte le cas d'une robuste ménagère, chez qui se développa un tubercule anatomique « au niveau d'une morsure que lui avait faite son mari en jouant ». Celui-ci, examiné, fut trouvé porteur de lésions tuberculeuses des sommets. Des observations analogues sont relatées par JEANSELME et LELQIR,

Les localisations cutanées se présentent, le plus souvent, sous la forme d'un lupus ou d'une tuberculose verruqueuse. Une fille saine, tatouée par un amant tuberculeux, voit un lupus se développer au niveau de la cicatrice frictionnée par la salive bacillaire (JADASSOHN). Ou bien encore, une tuberculose verruqueuse se greffe sur la petite blessure qu'une garde-malade s'était faite au lit d'un phthisique.

Le mouchoir est un agent fréquent de transmission, témoin cette femme, citée par WINFIELD, qui contracta un lupus du nez en se servant du mouchoir avec lequel son mari avait coutume de s'essuyer les lèvres. D'autres fois, c'est un baiser qui infecte secondairement des vésicules d'eczéma ou des pustules d'impétigo : elles deviennent le point de départ d'un lupus typique ou d'une adénite cervicale satellite.

Dès 1886, MARFAN notait l'action immunisante des tuberculoses locales guéries, surtout chez l'enfant. La femme dont nous relatons ici l'observation paraît bien avoir contracté son lupus au contact d'un mari tuberculeux, mais, à aucun moment, en dépit de grossesses répétées et d'antécédents héréditaires chargés, elle ne présenta d'évolution bacillaire.

## OBSERVATION I

(Dispensaire Villemin) (1)

Famille F..., Nancy.

M<sup>me</sup> F..., 50 ans, veuve. Mère décédée à 35 ans de tuber-

---

(1) Toutes nos observations sont inédites. Certaines d'entre elles ne proviennent pas du Dispensaire Villemin et ne rentrent pas alors dans notre statistique. Nous désignerons la tuberculose pulmonaire par l'abréviation T. P. et la présence ou l'absence du bacille de Koch dans les crachats par : B. K. + ou B. K. —,

culose pulmonaire (12 ans de contact). Père alcoolique. Un frère mort de T. P. Mariée à 18 ans à un mari tuberculeux.

M. F... est mort à 53 ans de T. P. (1915). Plâtrier. Père alcoolique. Mère morte jeune, épuisée par six grossesses. Fait son service militaire aux colonies (5 ans), où il contracta le paludisme au Tonkin. Bronchite chronique et emphysème depuis son retour en France. A toujours toussé depuis. Marié à 27 ans. Est soigné de 1903 à 1915 pour tuberculose et finit par succomber. A été hospitalisé transitoirement à plusieurs reprises. Chez lui, avait l'habitude de cracher sur le parquet et n'a jamais voulu prendre la moindre précaution.

M<sup>me</sup> F... a partagé le lit de son mari jusque 2 ans avant sa mort. Communauté de chambre jusqu'à la fin. Le logis se composait de 2 pièces : les filles couchaient dans la chambre des parents, les fils dans la cuisine.

2 grossesses, 2 enfants morts en bas âge, dont un de méningite tuberculeuse à 3 ans. 7 vivants :

Albert, 31 ans, bien portant.

Maurice, 25 ans. Réformé pour insuffisance mitrale.

Edouard, 23 ans. Réformé pour faiblesse de constitution.

Louise, 20 ans, T. P. : submatité 1/3 supérieure gauche en avant, avec craquements et frottements. Anémie. B. K. —.

Charles, 18 ans. Bien portant.

Juliette, 14 ans. Conjonctivite granuleuse.

Suzanne, 12 ans. Condensation des sommets. Forte grisaille des hiles à la radioscopie.

Pendant qu'elle était enceinte de Juliette, M<sup>me</sup> F... a présenté un lupus des ailes du nez, dont on voit encore la cicatrice. A guéri en 8 mois par traitement radiothérapique. A part une pneumonie banale, il y a 12 ans, elle n'a jamais toussé, ni été malade.

En dehors du lupus, les autres localisations tuberculeuses de la face sont rares. LÖEWENTHAL rapporte l'observation d'une femme saine, épouse de phthisique, qui contracta une conjonctivite tuberculeuse gauche : il en donne cette explication un peu puérile que cette

femme partageait le lit de son mari et « tournait généralement vers lui son côté gauche » !

Les ulcères tuberculeux des lèvres résultent le plus souvent d'une auto-inoculation par les crachats. Nous ne citerons également que pour mémoire la tuberculose primitive du sein, qui n'est que rarement d'origine canaliculaire ascendante.

La tuberculose ascendante des *organes génito-urinaires* a été mieux étudiée, par de nombreux auteurs. Chez l'homme, elle semble exceptionnelle. Si les cas d'inoculation par la succion rituelle dans la circoncision chez l'enfant sont classiques, les exemples d'ulcérations tuberculeuses du pénis ou de granulations lupiques sont très rares chez l'adulte.

L'orchi-épididymite tuberculeuse est le plus souvent secondaire. Des observations d'infection ascendante des voies séminales, consécutives au coït avec une femme tuberculeuse, sont relatées par VERNEUIL, VERCHÈRE, FERNET et RICHARD, mais peu convaincantes, en raison de la coexistence fréquente chez le malade d'autres localisations tuberculeuses. Dans la plupart des cas, la greffe du bacille aurait été favorisée par des lésions génitales antérieures d'origine blennorragique.

Même rareté de l'infection vésicale primitive. Dans un cas de CARNOT, sur lequel nous reviendrons, il s'agissait d'une surinfection apportée par une sonde septique.

Il n'en va plus de même de la *tuberculose génitale de la femme*. Cependant, si l'on observe assez fréquemment l'extension de ses lésions au péritoine pelvien, contrairement à l'opinion de VERNEUIL et de ses élèves, les exemples de généralisation sont rares.

La tuberculose vulvaire peut revêtir les formes ulcé-

reuse (la plus fréquente), lupique ou hypertrophique (Thèse COMBELÉRAN, 1906). Elle paraît être le plus souvent d'origine exogène. Le contage peut être apporté soit par le coït, soit par le contact de doigts ou d'objets souillés. CORNET cite des cas curieux d'ulcérations tuberculeuses du clitoris ou de la vulve, chez des jeunes femmes ou même des petites filles atteintes de spina-ventosa ou d'autres tuberculoses externes.

Le bacille se localise très rarement sur les parois vaginales, bien défendues par un épithélium pavimenteux stratifié. La tuberculose du col de l'utérus (formes ulcéreuse, miliaire, végétante) est plus fréquente. Mais c'est au niveau des trompes que l'infection se localise de préférence : les trompes seraient atteintes 34 fois sur 46 cas. Encor que la métrite et la salpingite tuberculeuses soient le plus souvent secondaires, il faut bien reconnaître qu'il existe des observations incontestables où le contage est apporté par la voie ascendante. Ici encore, la greffe du bacille est favorisée par l'existence de lésions inflammatoires antérieures, le plus souvent gonococciques.

Dans sa Thèse (1887), DERVILLE rapporte 8 cas de tuberculose génitale de la femme, sur lesquels 5 fois le bacille fut trouvé dans les sécrétions vaginales : dans ces derniers cas, les maris ou les amants inoculateurs étaient tous atteints de tuberculose épидидymaire uni ou bilatérale.

On connaît déjà les expériences positives de CORNIL et DOBROKLONSKY et nous avons cité plus haut les recherches relatives à la présence du bacille dans le sperme. Dans la plupart des 31 cas de tuberculose génitale qu'il relate, SPINELLI admet qu'il s'agit de tuberculose primitive, ce qui paraît excessif.

Parmi les observations publiées, nous rappellerons particulièrement celles de P. SPILLMANN et, plus récemment, le cas étudié par L. SPILLMANN et HOCHÉ. Il s'agit d'une malade qui succomba, peu après son admission, à une maladie d'Addison à dénouement rapide. L'autopsie montra que la tuberculose des capsules surrénales avait eu comme point de départ une salpingite tuberculeuse bilatérale, avec pelvi-péritonite de même nature. La malade vivait maritalement depuis plusieurs mois avec un sujet atteint d'orchite tuberculeuse et l'infection génitale ascendante paraît hors de conteste.

Dans un cas de HAMMER, le mari tuberculeux « avait pour habitude avant le coït d'enduire le pénis de sa propre salive pour faciliter l'intromission ». P. SPILLMANN a publié des cas analogues (1).

CORNET, qui appuie sur l'importance des rapports bucco-génitaux, rapporte, d'après PETIT, la curieuse observation d'une malade souffrant de tuberculose génitale, qui « contamina *per os* plusieurs de ses amants pervers : tuberculose des ganglions rétro-maxillaires... » ! Nous n'insisterons pas sur cet exemple très discutable, pas plus que sur les *localisations digestives*, dont il nous reste à dire quelques mots.

Il nous a été donné d'observer quelques ulcérations

---

(1) « Durch Zufall habe ich in Erfahrung gebracht, dass in manchen Kreisen, und zwar nicht nur der Venus vulgivaga, sondern auch in den besseren Kreisen die Sitte weit verbreitet ist, falls die Genitalien zu trocken sind und die Immissio penis Schmerz verursacht, sich damit zu helfen, dass die eine der koitierenden Personen den Penis oder die Vulva mit Speichel bestreicht, um grössere Schlüpfrigkeit herbeizuführen. » (CORNET, *Loc. cit.*, p. 320). Nous laissons à CORNET toute la responsabilité de ses constatations.

tuberculeuses de la langue ou de la muqueuse buccale, mais toutes étaient secondaires à des lésions pulmonaires actives. Ces auto-inoculations présentent un certain intérêt pronostique, car elles étaient généralement l'indice d'une évolution fatale.

Nous n'avons pas eu davantage l'occasion d'observer des localisations primitives sur l'estomac ou l'intestin chez les conjoints d'époux tuberculeux. Les exemples en sont exceptionnels chez l'adulte (1 cas sur 1.000 autopsies d'EISENHARDT, à Munich), en dépit de contagés répétés, témoin l'observation suivante :

## OBSERVATION II

(Personnelle)

M<sup>me</sup> Veuve E..., 50 ans, à A... (Vosges).

Mariée à un instituteur. Pas d'enfants.

Elle eut à soigner son mari, tuberculeux ouvert, pendant 2 ans. Pour exciter son appétit paresseux, elle s'ingéniait à lui préparer des « petits plats ». Le plus souvent, le malade n'en consommait qu'une faible partie et les donnait ensuite à sa femme. Afin de ne manifester devant lui aucune répugnance, elle mangeait ces restes dans la même assiette et se servait du même couvert. Jusqu'au bout, elle partagea sa chambre et son lit.

Veuve depuis 18 ans, elle jouit d'une santé très robuste et n'a jamais présenté, à aucun moment, de signes de localisation intestinale ou respiratoire.

Il est intéressant d'opposer à ce cas négatif celui que rapporte DEMME de 4 enfants, exempts de tout antécédent bacillaire, qui succombèrent en un temps très court à une tuberculose primitive isolée de l'intestin. Leur bonne, atteinte de tuberculose buccale méconnue, avait coutume

de porter à ses lèvres la cuiller à bouillie, pour s'assurer qu'elle n'était pas trop chaude, avant de la donner aux enfants (1).

On connaît, à cet égard, la fréquence relative du « carreau » et certaines statistiques admettent de 13 à 35 % de localisations intestinales tuberculeuses chez les enfants. Il en va de la tuberculose intestinale comme de toutes les autres : l'enfant, organisme vierge, est hypersensible et trop souvent succombe, là où l'adulte résiste impunément.

---

(1) Dans un exemple analogue du Dispensaire Villemin, un enfant succomba en trois mois à une T. P. cavitaires à évolution rapide. La famille était rigoureusement saine. L'enquête à domicile démontra que la contamination s'était produite par l'intermédiaire d'une trompette, commune à cet enfant et à un petit camarade atteint de T. P. ouverte et mort lui-même ultérieurement.

---

## CHAPITRE VI

### Localisations respiratoires

Pour faire œuvre pleinement scientifique, il serait sans doute nécessaire de publier intégralement les 423 observations sur lesquelles repose notre statistique. Mais l'énumération en serait longue et fastidieuse et nous avons préféré nous borner aux plus caractéristiques.

Nous les avons classées sous quatre chefs, suivant la présence ou l'absence de la contagion et son degré. Nous désignerons sous le titre de « contaminations évolutives » celles dans lesquelles la tuberculose transmise a été suivie d'une évolution chez le conjoint sain. Les « contaminations latentes » grouperont inversement les cas de contagion bénigne, dans lesquels l'infection transmise ne manifeste aucune tendance évolutive.

#### I. -- Contaminations évolutives

DROCHON rapporte, d'après Hermann WEBER, le cas de ces maris, « véritables Barbe-Bleue », qui contaminèrent successivement deux, trois et même quatre femmes. Il remarque à ce propos « que la contamination a paru recevoir sa détermination dans le cours de la

grossesse, surtout à sa fin ou dans les quelques mois qui l'ont suivie immédiatement ».

Moins heureux que WEBER, nous n'avons observé pour notre part aucun cas de ce genre. Dans l'exemple que nous allons relater, c'est, en quelque sorte, par ricochets successifs que la tuberculose causa quatre morts :

### OBSERVATION III

*(Communiquée par M. le docteur Lacaille)*

J'ai soigné en 1885 M. F..., quincaillier à Paris, tuberculeux, qui mourut. Plus tard, en 1886-1887, j'ai également soigné sa deuxième femme, tuberculeuse, qui mourut, — et je l'avais connue en bonne santé.

J'ai appris alors que M. F... avait épousé en premières noces M<sup>me</sup> Z..., sa patronne, qui mourut tuberculeuse, et dont le premier mari, M. Z..., était déjà mort phthisique, — ainsi que me l'a attesté le docteur GELLÉ, qui les soignait avant moi.

En dépit de l'absence de renseignements sur les antécédents des malades, il paraît difficile de se soustraire à l'impression de contagion devant cette succession de décès.

Nous allons maintenant relater les 4 observations du Dispensaire Villemin, dans lesquelles la transmission maritale a été suivie d'évolution plus ou moins rapide chez le conjoint sain.

### OBSERVATION IV

*(Dispensaire Villemin)*

Famille S... Mariage en 1917.

Jeune ménage, dont le mari est mort cavitare, après un

- court séjour à l'hôpital, en octobre 1920. B. K. + Lit commun avec sa femme jusqu'à l'hospitalisation.

*Femme*, 31 ans, sans antécédents bacillaires. Laryngite tuberculeuse depuis juin 1920. Fait une T. P. rapidement évolutive après le décès de son mari. Le 5 novembre 1920, B. K. ++ Signes pulmonaires discrets ; craquements du sommet gauche.

Le 10 juin 1921, B. K. + + +. Amaigrissement de 10 kilos. Pommelures et petites images cavitaires des deux sommets à la radio. Râles humides au sommet gauche et souffle amphorique au sommet droit. La malade est admise à l'Hôpital Villemin, où elle succombe en août 1921.

Un *enfant*, né avant la maladie de la mère et envoyé précocement à la campagne, semble actuellement bien portant.

#### OBSERVATION V

(Dispensaire Villemin)

M<sup>me</sup> Veuve P..., 27 ans. Cuisinière. Pas d'antécédents bacillaires.

*Mari* décédé de T. P. et de méningite tuberculeuse en janvier 1921. Malade 6 ans et soigné par sa femme.

Depuis la mort de son mari, la *femme* maigrit. Elle est vue en février 1921 au Dispensaire de Lyon, puis soignée par un médecin privé. Irrégularités de la menstruation, avec hémoptysies abondantes au moment des époques depuis un an. Début de laryngite en janvier 1922.

Examen des crachats : B. K. + en février 1922.

A l'auscultation (avril 1922) : souffle cavitaire du sommet gauche, avec râles sous-crépitaants. Expiration soufflée au sommet droit.

Radio : caverne du sommet gauche. Pommelures des deux poumons.

2 *enfants* (1917 et 1919), élevés à la campagne et sains, au dire de la mère.

## OBSERVATION VI

(Dispensaire Villemin)

Famille R..., à F...

Mari, 32 ans, charretier. Pas d'antécédents familiaux.

Mobilisé en 1914, fait prisonnier en 1916, a été envoyé pendant six mois dans un camp de représailles en Allemagne. Très fatigué au moment de son rapatriement, en 1918.

Grippe à la fin de 1918. Tousse depuis cette date. Typhoïde grave en janvier 1922.

Actuellement, B. K. + +, quelques amas.

Ramollissement des deux sommets et de la base gauche. Fièvre à grandes oscillations. Evolution rapide. Hospitalisé.

Femme, 33 ans. Pas d'antécédents.

Commence à tousser depuis le sevrage de son dernier bébé (mars 1921) et une grippe en 1921. S'est beaucoup surmenée à soigner son mari, dont elle a partagé le lit jusqu'à son hospitalisation.

Actuellement, B. K. +, en amas. Signes de ramollissement du sommet gauche et de tout le 1/3 supérieur, avec excavation probable.

Radio : obscurité de la partie moyenne du champ pulmonaire gauche, avec diminution de l'aire. Grosse ombre hilare à droite.

3 enfants : 10, 8 et 2 ans. Grosse adénopathie des deux hiles chez les aînés.

## OBSERVATION VII

(Dispensaire Villemin)

M<sup>me</sup> Veuve G..., 26 ans.

Mari : Mort d'entérite tuberculeuse et de T. P. en août 1921. Chambre séparée trois mois avant sa mort.

Femme : A perdu sa mère de T. P. (1913), son père de

pneumonie et une sœur de pleurésie tuberculeuse (1920). Jamais malade avant le mariage.

2 grossesses. Accouchements en janvier 1920 et octobre 1921. Le deuxième enfant est très délicat.

Grippe grave le 2 janvier 1922, qui oblige M<sup>me</sup> G... à sevrer son bébé et à s'aliter. La malade tousse et crache depuis cette date. Entre à l'hôpital le 4 février 1922.

A l'entrée, râles humides à la base droite et frottements pleuraux. B. K. —. Fièvre à grandes oscillations. Toux émétisante. Amaigrissement rapide.

Le 19 mars 1922, B. K. +. Craquements et respiration soufflée au sommet droit. Râles aux deux bases. Pronostic sombre.

Dans chacun de ces 4 cas, la contagion est venue du mari. Elle paraît bien établie dans les trois premiers, plus discutable dans le quatrième, en raison des antécédents héréditaires de la femme. A noter l'influence des fatigues de l'allaitement (Obs. VI) et de la grippe (Obs. VI et VII). La tuberculose transmise présente, dans tous ces cas, une forme nettement évolutive.

Il n'en va plus de même dans les 3 suivants, où l'affection ne s'est développée qu'un certain nombre d'années après la date présumée de la contamination.

#### OBSERVATION VIII

(Dispensaire Villemin)

M. W..., Auguste, veuf, 47 ans. Bourrelier. Pas d'antécédents.

Epouse, en 1901, une femme à antécédents suspects : un frère mort de tuberculose. 3 grossesses, dont une fausse couche de 2 mois. Broncho-pneumonie en 1909, suivie de T. P. Morte en décembre 1913. Même chambre que le mari, mais lits séparés à partir de 1910.

Mari : soigne sa femme pendant toute sa maladie. Légères bronchites dans les années qui précédèrent la guerre. Fait

campagne comme sellier jusqu'en 1919. Bronchite sérieuse en 1915. Tousse depuis cette date.

Hospitalisé en janvier 1921. Matité considérable de la base droite. Début de ramollissement des sommets. Evolution très lente. B. K. alternativement + et — (1921-1922).

2 enfants, sains au dire du mari.

### OBSERVATION IX

(Dispensaire Villemin)

M. M... François. Vêuf. Cordonnier, 48 ans. Pas d'antécédents.

Marié en 1898. *Femme* à antécédents héréditaires chargés : père et plusieurs frères et sœurs morts de T. P. Meurt elle-même de T. P. en 1910. Partage jusqu'au bout le lit de son mari. 6 grossesses.

*Mari* : Mobilisé comme cordonnier au N° génie. Commence à tousser en 1917. Néphrectomie en 1918 (T. rénale). Bronchite plus sérieuse en mars 1921.

Entre à l'hôpital en novembre 1921. Cavitaire. B. K. + + +.

Sur 6 *enfants*, 4 *morts* dont : un macéré, une méningite tuberculeuse, deux gastro-entérites mal précisées. 2 vivants, dont un est imprégné et présente une rudesse respiratoire généralisée.

### OBSERVATION X

(Dispensaire Villemin)

M<sup>me</sup> Veuve M... Antécédents : ancien foyer d'ostéite sternale.

*Mari*, mort tuberculeux et gâteux en 1913, à l'Asile de Maréville, où il avait été interné. Malade à domicile 3 ans. Syphilis très probable.

*Femme* : Fille-mère, a eu 2 enfants avant le mariage, tous deux vivants : l'un est suspect de T. P. Mariée, a supporté sans accident 9 grossesses : 6 fausses couches et 3 enfants morts en bas âge d'affections pulmonaires ; aucun vivant. A la fin

de la maladie de son mari, habitait un entre-deux obscur séparé.

Commence à tousser en janvier 1919. En 1921, ramollissement étendu à droite, induration du sommet gauche. Pronostic sombre. A quitté Nancy à cette date et n'a plus été suivie.

Dans chacune de ces observations, la contamination peut être discutée. L'évolution ne s'est produite que beaucoup plus tard, sous l'influence d'une défaillance du terrain qui relève, dans deux cas, des fatigues de la guerre : l'infection conjugale n'a sans doute joué qu'un rôle épisodique.

L'association de la syphilis et de la tuberculose, dans l'observation X, explique l'effroyable déchet de la conception : seuls sont vivants, sur 11 grossesses, les deux enfants de la fille-mère. L'exemple vient illustrer l'opinion de LUGOL et de LANDOUZY : *Pater est quem morbi filii demonstrant...*

## II. -- Contaminations latentes

A vrai dire, ces trois dernières observations pourraient tout aussi bien rentrer dans le groupe des « contaminations latentes ». Nous nous bornerons cependant à classer sous ce chef les seuls cas de contamination légère à pronostic apparemment bénin — et nous savons que ce sont les plus fréquents dans la transmission conjugale.

### OBSERVATION XI

(Communiquée par M. le docteur Louvard)

Hyppolyte C..., tisserand depuis l'âge de 13 ans. Succombe en octobre 1921, à l'âge de 44 ans, de broncho-pneumonie

tuberculeuse, terminant une tuberculose pulmonaire chronique fibreuse qui a évolué en 15 ans.

Epouse, à l'âge de 22 ans, une jeune fille du même âge, sans antécédents bacillaires, dont il a 8 enfants, tous vivants.

Etat sanitaire familial, un an après la mort du père :

La mère, 45 ans, présente une induration du sommet droit, sans aucune tendance évolutive.

Jean C..., 21 ans, l'aîné des *enfants*, actuellement soldat : aucune lésion pulmonaire cliniquement décelable ;

Paul C..., 16 ans : débile, pleurite du sommet et de la base gauches, ganglions médiastinaux ;

Gilberte C..., 15 ans : polymicroadénopathie ; bronchites fréquentes.

Yvette C..., 14 ans ; tuberculose ganglio-pulmonaire à forme latente ;

Pierre C..., 12 ans : hypotrophique ; tuberculose ganglionnaire et cervicale ;

Fernande C..., 6 ans : lymphatisme ; tuberculose ganglionnaire et cervicale ;

André C..., 5 ans : tuberculose ganglio-pulmonaire, avec adénopathie trachéo-bronchique et poussées fréquentes de bronchite du lobe inférieur droit.

Gilbert C..., 4 ans : début de tuberculose péritonéale et intestinale à forme hypertrophique non sténosante (1).

## OBSERVATION XII

(*Dispensaire Villemin*)

M<sup>me</sup> Veuve P..., 52 ans. Antécédents : scoliose dorsale droite ; péritonite puerpérale en 1896.

---

(1) Le Docteur LOUVARD constate, d'après son expérience personnelle : « le tuberculeux confère une tuberculose bénigne à son conjoint, sérieuse à ses enfants ; — fréquence plus grande de la tuberculose chez l'homme que chez la femme ; — fréquence plus grande de la tuberculose chez les jeunes filles que chez les jeunes hommes ».

Mariée en 1892. *Mari* : manœuvre. Malade depuis 1903, mort en avril 1921 de T. cavitaires. Wassermann positif. B. K. "++". A partagé le lit de sa femme jusque peu de mois avant la mort.

*Femme* : En février 1921, expiration soufflée, avec quelques frottements transitoires du sommet droit. Radio : transparence normale ; diminution de l'aire du champ pulmonaire droit. Bonne santé en 1922.

15 grossesses, dont 3 fausses couches. 7 enfants morts en bas âge (méningite, péritonite) et 1 fille morte de péritonite tuberculeuse à 22 ans.

4 enfants vivants :

*Armand*, 29 ans. Marié. Expiration soufflée du sommet droit. Intoxication par gaz et bronchite au front, en 1916. Sa femme, 28 ans, présente une induration des deux sommets, avec adénopathie, ayant débuté après un accouchement en mai 1920 (contact avec beau-père). 3 enfants.

*René*, 19 ans. Submatité et expiration soufflée des deux sommets. Radio : transparence diminuée, grisaille des hiles. Entérite jusqu'à l'âge de 10 ans. Tousse depuis 1920.

*Jeanne*, 14 ans, et *Robert*, 11 ans. Toussent, mais n'ont pas encore été examinés au Dispensaire.

A la période terminale de la maladie du mari, la femme couchait sur un matelas avec une de ses filles, dans un entre-deux obscur, que partageaient également deux fils. Un fils a toujours couché dans la chambre du père.

Ressources actuelles de la famille : 6 francs par jour.

Cette observation appelle les mêmes remarques que l'observation X. Ici encore, nous retrouvons l'association de la tuberculose et de la syphilis et la même mortalité infantile. De 15 grossesses, il reste 4 enfants vivants, tous atteints de T. P. ou suspects. Par contre, la mère n'a subi qu'une atteinte transitoire bénigne.

OBSERVATION XIII

(Dispensaire Villemin)

M<sup>me</sup> Veuve M..., 38 ans. Pas d'antécédents connus, sauf une scoliose.

*Mari* : Mort de tuberculose généralisée en août 1920.

La femme a partagé jusqu'au bout le lit de son mari. Bronchite en février 1920. Examinée à la mort du mari, présente une induration du sommet droit, avec état général affaibli (25 août 1920). Radio : voile du sommet droit s'éclairant à la toux ; ombre des deux hiles ; diminution considérable de l'ampliation diaphragmatique.

En 1922, l'état de M<sup>me</sup> M... est parfaitement consolidé. Simple diminution du murmure au sommet droit. Etat général excellent.

3 enfants. L'ainé, T. P. I : diminution unilatérale du murmure, avec hémiatrophie. Les deux autres bien portants.

1921-1922

Cette observation est particulièrement intéressante, parce qu'elle permet de saisir la date d'apparition chez la femme de signes pulmonaires légers, à la faveur d'un affaïssement passager de l'état général (février-août 1920).

OBSERVATION XIV

(Dispensaire Villemin)

Famille S...

*Mari* : Mécanicien, 43 ans ; atteint depuis 1910 de bronchites répétées. Filets de sang fréquents dans les crachats. Actuellement, B. K. —. Sclérose des sommets, bronchite chronique, emphysème.

*Femme*, 37 ans. Pas d'antécédents. Expiration soufflée aux deux sommets. Pleurite de la base droite. Début en 1918, après l'accouchement pénible de deux jumelles.

A toujours partagé le lit de son mari.

4 enfants bien portants,

OBSERVATION XV  
(Dispensaire Villemin)

Famille C... Mariage en 1905.

*Femme*, 38 ans (père bronchiteux, mère morte T. P.). Bronchite et première hémoptysie en 1911. Depuis 1920, hémoptysies plus fréquentes. Actuellement, B. K. alternativement + et —. Au sommet gauche, début de ramollissement, avec diminution du murmure et quelques râles. Au sommet droit, souffle à timbre caverneux. Pommelures à la radio.

*Mari*, 41 ans, mécanicien. Pas d'antécédents. Bronchite en avril 1921. Expiration soufflée aux sommets ; diminution générale du murmure. B. K. — Sommets voilés à la radio. Lit commun avec sa femme.

*Enfants* : 3 fausses-couches. 2 vivants : un fils de 16 ans, qui présente une T. P. avec induration du sommet ; un bébé de 2 mois.

Une cousine, 16 ans, recueillie par la famille, est atteinte de T. P. I.

OBSERVATION XVI  
(Dispensaire Villemin)

Famille D... Mariage en 1906.

*Mari*, 38 ans, chaudronnier. Intoxication par gaz en juin 1917, suivie d'hémoptysies abondantes. B. K. + en 1918 (station sanitaire). Bronchite du sommet droit, avec quelques pommelures à la radio. Actuellement, B. K. —. Lits séparés.

*Femme*, 34 ans. Pas d'antécédents. Aurait été contaminée par son mari au cours d'une permission, en décembre 1917. Diminution du murmure au sommet droit, avec quelques frottements transitoires. Voile des sommets à la radio. Aucune tendance évolutive.

3 enfants, dont un est atteint. T. P. I.

## OBSERVATION XVII

(Dispensaire Villemain)

Famille R... Mariage en 1912.

*Femme*, 30 ans, couturière. Aurait été contaminée auprès d'une amie décédée de T. P. en 1912 (P). Cependant, ne tousse que depuis 1920 (2<sup>e</sup> grossesse). En 1921, B. K. +. Souffle expiratoire du sommet droit, avec submatité. Bronchophonie et pectoriloquie aphone. En 1922, B. K. —.

*Mari*, 33 ans, adjudant. Amaigrissement notable depuis juin 1921. Respiration prolongée des deux côtés, avec diminution de la transparence à la radio. Actuellement, bon état général.

Deux enfants, sains apparemment.

Nous pourrions multiplier ces observations. Toutes sont caractérisées par la bénignité, l'absence de tendance évolutive de la tuberculose transmise. Dans les trois premières, les chances de contagion étaient apparemment importantes, auprès d'un mari cavitaire (Obs. XI à XIII). Dans les quatre dernières, au contraire, le conjoint malade était relativement peu atteint et l'expectoration bacillifère de façon intermittente (Obs. XIV à XVII).

Dans certains de ces cas, la contagion pourra peut-être paraître discutable, mais nous nous sommes efforcé de lui faire la part aussi large que possible, afin de n'être pas accusé de parti-pris.

### III. -- Non contagion

Dans ce groupe rentrent la grande majorité de nos observations. On a souvent reproché aux statistiques antérieures de ne pas tenir un compte suffisant des cas

négatifs. Les conditions de la non contagion sont aussi importantes à étudier que celles de la contagion et nous tâcherons de les préciser plus loin, à la lumière des récentes recherches sur l'immunité ou, d'une façon plus générale, l'anergie tuberculeuse.

A notre vif regret, nous ne pourrions rapporter que les plus caractéristiques de nos observations. Toutes mériteraient de retenir l'attention et leur portée sociale dépasse souvent de beaucoup leur intérêt médical.

#### OBSERVATION XVIII

*(Communiquée par M. le docteur Louvard)*

Jean M..., 30 ans. Tuberculose pulmonaire fibro-caséuse, évoluant depuis 4 années. Réformé. B. K. +.

Marié il y a 3 ans. Un enfant. La jeune femme est indemne de toute lésion bacillaire ; l'enfant, âgé de 1 an, présente une tuberculose ganglionnaire trachéo-bronchique et abdominale.

#### OBSERVATION XIX

*(Dispensaire Villemin)*

M<sup>me</sup> M..., 25 ans. Veuve.

Mari sain, mort au front en 1918.

Femme tuberculeuse, atteinte depuis longtemps de bronchite tous les hivers. B. K. + depuis 1920 au moins. Ramollissement du sommet gauche ; respiration très soufflée du sommet droit. Laryngite catarrhale. Radio : obscurité de tout le lobe supérieur et moyen droit. Diminution de l'ampliation diaphragmatique.

Un enfant, mort à 3 ans 1/2 de méningite tuberculeuse (avril 1921). Le berceau était serré contre le lit de la mère et celle-ci avait l'habitude de tenir la main de son enfant dans la sienne pendant la nuit.

Nous relatons ces deux observations très simples en premier lieu, parce qu'elles font ressortir clairement la leçon qui se dégagera des suivantes : immunité du conjoint sain, hautes morbidité et mortalité infantiles. L'exemple de cette mère qui tenait la main de son enfant pendant la nuit a toute la valeur d'une expérience de laboratoire.

#### OBSERVATION XX

(Communiquée par M. le docteur Rény)

Famille H... Cultivateur. Mariage en 1873.

Mari bronchitique et emphysémateux. Meurt phtisique en 1895.

Femme saine, encore vivante actuellement. A partagé le lit de son mari jusqu'à la mort de celui-ci.

3 enfants, nés en 1875, 1876 et 1877. La première succombe à 3 mois, la troisième à 2 ans, de méningite tuberculeuse.

La deuxième se développe normalement et se marie, en 1897, à un mari suspect. De ce mariage naissent deux enfants (1898, 1900) : l'aîné meurt à 2 ans de méningite tuberculeuse ; l'autre à 3 mois, débile. La mère elle-même succombe à son tour phtisique, 18 mois après la naissance de son dernier enfant, en septembre 1901.

Son mari, le gendre de M<sup>me</sup> H..., se remarie à la fin de 1902. Il meurt de T. P. en 1907 (sans corrélation avec la maladie de sa première femme). 2 enfants vivants. Sa deuxième femme, qui a cohabité avec lui jusqu'au bout, est toujours bien portante.

Au total, seule de la famille H... une personne est demeurée indemne, M<sup>me</sup> H..., qui a successivement soigné et vu disparaître tuberculeux son mari, ses 3 enfants, ses 2 petits-enfants et son gendre.

Quel exemple saisissant de ces *Aussterbende Familien* des Allemands ! Les Anciens, qui ne connaissaient pas

le bacille, auraient incriminé la Destinée, la Nemesis... Nous assistons véritablement à l'extermination d'une famille par la tuberculose sur deux générations successives.

#### OBSERVATION XXI

(Dispensaire Villemin)

Famille C...-B...

*Femme* : Antécédents suspects. Début de T. P. au cours d'une grossesse, en octobre 1921. Ramollissement du poumon droit, avec signes cavitaires. Ramollissement du sommet gauche. Meurt à 27 ans, en mai 1921, après un mois d'hospitalisation.

5 grossesses : 2 fausses couches ; 2 enfants décédés de méningite ; un, vivant, paraît sain.

*Mari* : Partage le lit de sa femme jusqu'au bout, demeure en parfaite santé.

#### OBSERVATION XXII

(Dispensaire Villemin)

Famille B... Mariage en novembre 1889.

*Père*, 57 ans, torroyeur. Pas d'antécédents. Congestion pulmonaire et hémoptysies en mars 1921. Fistule anale depuis 6 mois. B. K. ++. Souffle cavitaire du sommet droit et infiltration du sommet gauche. Radio : obscurité complète des deux sommets. Pommelures aux hiles et aux bases ; grosse grisaille des hiles. Diaphragme festonné, ampliation diminuée. Entre à l'hôpital en avril 1922.

*Mère* : Cardiaque. Pas de lésions pulmonaires. A partagé le lit de son mari jusque peu avant son entrée à l'hôpital (un mois de séparation à peine).

19 grossesses, qui ont donné : 3 fausses couches, 3 mort-nés, 4 enfant morts en bas âge (3 d'affections pulmonaires mal précisées), 9 enfants vivants.

Sur ces 9 vivants, 3 sont mariés. 6 habitent encore avec les parents et ont pu être examinés. Tous sont atteints :

Marie-Louise, 20 ans. Sujette à des syncopes. Diminution du murmure vésiculaire à droite, avec quelques frottements. Radio : grisaille des deux hiles, avec travées scléreuses ; diaphragme droit immobile.

Henri, 18 ans. Submatité et expiration soufflée du sommet droit. Radio : voile léger des sommets ; grosse masse ganglionnaire des deux hiles, avec un ganglion intra-pulmonaire calcifié à droite.

Paulette, 17 ans. Submatité de la fosse sus-épineuse droite. Expiration soufflée, avec bronchophonie et pectoriloquie aphone. Radio : très forte grisaille des deux hiles, avec ganglions. Travées scléreuses aux bases. Diaphragme droit anguleux.

Simone, 14 ans. Respiration rude à la base droite. Radio : grosse masse ganglionnaire des hiles et travées scléreuses de la base droite. Diaphragme festonné.

Roger, 12 ans. Souffle intertrachéo-bronchique. Radio : plusieurs masses ganglionnaires des hiles et travées scléreuses de la base droite. Ampliation diaphragmatique diminuée.

Lucien, 7 ans 1/2. Respiration rugueuse, avec quelques sibilances, en arrière. Souffle intertrachéo-bronchique. Pleurite de la base droite. Radio : forte grisaille hilair. Diaphragme droit festonné.

*Logement* de la famille : 2 pièces et une cuisine très propres. Le père a couché pendant le dernier mois seul dans la cuisine.

Ressources : 17 francs par jour.

#### OBSERVATION XXIII

(Dispensaire Villemin)

Famille D... Mariage en 1898.

*Mari* : Mort T. P. en 1914, après 4 ans de maladie.

*Femme*, 45 ans, femme de ménage. Pas de signes pulmonaires.

4 grossesses : 2 morts, l'un de T. P. en 1919, l'autre cavitair en 1922 (maladie ayant débutée par une bronchite en 1914, à la mort du père).

2 enfants vivants et contaminés :

René, 17 ans. Congestion pulmonaire et hémoptysies en janvier 1922.

Alice, 10 ans. Expiration très soufflée avec frottements au sommet gauche. Respiration saccadée au sommet droit, avec frottements à la base droite. Grosse adénopathie trachéo-bronchique. Suintement de la narine gauche. Wassermann négatif.

#### OBSERVATION XXIV

(Dispensaire Villemin)

Famille S... Mariage en 1896.

Père : Antécédents héréditaires chargés : 3 frères et sœurs morts de T. P. sur 4. Alcoolique. Meurt de laryngite tuberculeuse et de T. P. à 40 ans, en 1912, après avoir toussé pendant 5 ans.

Mère : 45 ans. Lingère. Pas d'antécédents. Mariée à 16 ans et 3 mois. Communauté de lit avec le père jusqu'à 3 jours avant sa mort. Couche ensuite avec une fille morte phtisique en 1922. N'a jamais pris aucune précaution. M<sup>me</sup> S... nous déclare elle-même : « Mon mari et ma fille suaient beaucoup et ma chemise était aussi mouillée que celle du malade. » Elle ne présente cependant aucun symptôme respiratoire. Bonne santé persistant en avril 1922.

9 grossesses très rapprochées : les 6 premières en 7 ans ! On compte : un mort-né ; 1 prématuré non viable ; 2 enfants décédés en bas âge d'entérite ; 1 fille morte à 16 ans de tuberculose rénale, en 1912 (prématurée de 7 mois) ; 1 fille morte cavitaires (1922) ; 3 enfants vivants, dont un a traversé une crise grave au moment de la puberté.

Pendant la maladie du père, toute la famille couchait avec lui dans la même chambre, qui contenait 4 lits, 1 berceau et une voiture d'enfant !

OBSERVATION XXV  
(*Dispensaire Villemin*)

Famille P... Mariage en 1904.

*Mari* : 43 ans, comptable. Alcoolique. Antécédents héréditaires : père mort de pleurésie ; belle-mère morte de T. P. (14 ans de contact). Antécédents personnels : avait eu, avant l'âge de 11 ans, une rougeole, une scarlatine, une typhoïde, une pneumonie et des adénites cervicales bilatérales successives. Hospitalisé en 1911 pour bronchite et hémoptysie. Mobilisé en 1914, est aussitôt réformé pour hémoptysie. Hospitalisations répétées. Syphilis probable.

Examen : Râles sous-crépitants fins aux deux sommets ; bronchite chronique des bases. Emphysème. Evolution lente ; tendance fibreuse, avec hémoptysies fréquentes. B. K. +. Radio : obscurité des deux sommets ; grisaille de la partie moyenne des poumons, avec travées péribronchiques ; adénopathie hilare opaque à droite ; diaphragme déformé.

*Femme*, 38 ans. Nettement saine, cliniquement et radiologiquement. A toujours partagé le lit de son mari.

10 grossesses : 1 enfant vivant ; 9 avortés ou morts en bas âge, dont 5 de méningite.

OBSERVATION XXVI  
(*Dispensaire Villemin*)

Famille C...-D... (vivent maritalement).

*Père*, 31 ans. Manœuvre, « quand il travaille » ! Réformé pour T. P. en 1915. Hémoptysie légère en octobre 1919. Bronchite diffuse du sommet droit, avec respiration diminuée et point douloureux. Respiration soufflée à gauche. Radio : voile des sommets et ganglions médiastinaux.

*Mère* : 35 ans, lingère. Antécédents : 1 frère mort T. P. Examen : emphysème, avec expiration soufflée à droite. Radio : transparence pulmonaire augmentée, avec ganglions hilaires. Femme bien portante et robuste.

Conduite très douteuse. Fille-mère, a eu un enfant avant de vivre avec son ami actuel et 15 autres avec celui-ci (p p). Au total, 16 grossesses : 10 morts, en bas âge pour la plupart (méningite, affections pulmonaires diverses); 6 enfants vivants, dont 3 n'habitent plus avec les parents. Les 3 autres sont plus ou moins atteints : un garçon de 8 ans, rachitisme et strabisme ; des deux filles de 3 ans et 2 ans, l'une présente une adénopathie trachéo-bronchique avec quelques râles sous-crépitants, l'autre des signes de bronchite.

*Logement* : Une seule pièce mal aérée, servant à la fois de cuisine et de chambre à coucher. 3 lits. Les enfants ne sont pas lavés et « se traînent à moitié nus » sur le parquet. On donne des bouillies au bébé de 4 mois et la petite de 15 mois partage le même menu que les parents ! Tout est sale, en désordre. Un enfant, envoyé aux colonies de vacances, en revient au bout de quelques jours sans motif. Le plus souvent, le ménage n'est pas fait et le Dispensaire est parfois obligé de suspendre momentanément ses secours pour obtenir une meilleure tenue...

#### OBSERVATION XXVII

(Dispensaire Villemin)

Famille S... Mariage en 1909.

*Mari* : 38 ans. Employé. Parfaitement sain au point de vue pulmonaire.

*Femme* : 31 ans. Antécédents : mère morte de T. P. (deux ans de contact). 3 frères et sœurs décédés, dont 2 de tuberculose certaine. Hospitalisée en 1915 pour lésions pulmonaires et hémoptysies, à la suite de grossesses répétées. Grippe en 1918. Hémoptysies légères intermittentes. Actuellement, induration des deux sommets. Radio : voile des deux sommets, s'éclairant mal à la toux. Gros ganglions et forte grisaille des deux hiles. Diaphragme festonné.

Fille-mère à l'âge de 18 ans, a eu 9 grossesses : 3 enfants vivants ; 2 fausses couches ; 4 morts en bas âge, dont une méningite tuberculeuse et une méningite aiguë mal précisée.

Des 3 enfants vivants, l'un est en observation, les deux autres contaminés :

Roger, 11 ans : Induration du sommet droit. Pleurite du sommet droit et de la base gauche. Adénopathie trachéo-bronchique.

Georges, 10 ans : Induration du sommet droit, avec petit foyer congestif. Adénopathie trachéo-bronchique.

*Logement* : Une seule chambre de 45 mètres cubes, où loge toute la famille depuis 12 ans. 2 lits et 1 berceau : le berceau est serré contre le lit des parents et réalise les meilleures conditions de contamination.

Gain total : 14 francs par jour.

Nous avons réuni à dessein cette série détaillée d'observations (XXI à XXVII), pour mettre en relief le rôle effroyable de la tuberculose comme agent de dépopulation. *Sur un total de 72 grossesses, nous obtenons 25 enfants vivants, déjà presque tous contaminés eux-mêmes !* Il est vrai d'ajouter que, dans la plupart des cas, la tuberculose n'est pas la cause unique du déchet : elle est associée à la syphilis, à l'alcoolisme et à toutes les tares sociales. L'immunité du conjoint sain n'en est que plus frappante dans de tels milieux.

Les observations suivantes sont des exemples aussi caractéristiques de la résistance chez l'adulte.

#### OBSERVATION XXVIII

(Personnelle)

Famille Paul N..., à B... Cultivateurs.

Le mari, 52 ans. Pas d'antécédents. Epouse en 1898 Marie T. Antécédents suspects. 4 grossesses rapprochées (1899 à 1903). La jeune femme commence à tousser en 1901 et meurt en 1903 de phthisie galopante, quinze jours après la naissance de son dernier enfant.

Des 4 enfants, le dernier est idiot et atteint de malformations multiples ; le deuxième est mort à 2 ans et demi de méningite tuberculeuse. Les 2 autres sont vivants, mais l'aîné a présenté des signes de pleurite.

Paul N... se remarie à Gabrielle T..., sœur de sa première femme, en 1904. 2 grossesses en 1905 et 1906. La mère meurt de pneumonie caséuse au cours de la deuxième grossesse, après avoir fait un avortement de 6 mois la veille de sa mort. Le premier enfant est bien portant, mais a été atteint d'adénite bacillaire à l'âge de 16 ans.

Paul N... a partagé le lit de ces deux femmes jusqu'à leur mort et n'a jamais présenté de lésions bacillaires cliniquement appréciables.

Remarié une troisième fois en 1909 à une femme saine, en a eu 3 enfants bien portants.

#### OBSERVATION XXIX

*(Communiquée par M. le docteur Louvard)*

Jean R..., 69 ans. Contremaître en scierie. Intégrité fonctionnelle de l'appareil respiratoire. Obésité moyenne.

Marié à l'âge de 26 ans à Elisabeth S..., 20 ans, dont il a un fils. La jeune femme succombe à 25 ans, de broncho-pneumonie tuberculeuse et le fils à 20 ans, de phtisie galopante.

Remarié à l'âge de 32 ans, Jean R... a de sa seconde femme deux enfants, aujourd'hui mariés eux-mêmes et jouissant d'une excellente santé.

#### OBSERVATION XXX

*(Dispensaire Villemin)*

Famille W... Mariage en 1909.

*Femme*, 30 ans. Pas d'antécédents. 4 grossesses. Début de tuberculose en mars 1921, à la naissance du quatrième enfant. Celui-ci meurt de péritonite tuberculeuse, le 21 octobre 1921. Les 3 autres paraissent bien portants.

Etat actuel de la mère : Ramollissement du sommet droit

et souffle cavitaire de la base droite ; expiration soufflée au sommet gauche. B. K. +.

*Mari* : 36 ans, employé de brasserie. Pas de manifestations bacillaires. Chambre séparée depuis un an.

### OBSERVATION XXXI

(*Dispensaire Villemin*)

M. K..., ajusteur, 41 ans. Intégrité de l'appareil respiratoire. A partagé jusqu'au bout le lit de sa femme, morte à 37 ans de T. P., à domicile (août 1921).

3 enfants : une fille morte de méningite tuberculeuse à 10 mois ; une autre atteinte de T. P. I, née en 1914 et nourrie au sein 13 mois ; le premier apparemment sain.

Il ne servirait à rien d'allonger davantage la série de nos observations. Nous en possédons par dizaines du type de cette dernière. En cas de doute sur la santé de l'époux présumé sain, celui-ci était convié à la consultation du Dispensaire Villemin, où son intégrité respiratoire était vérifiée cliniquement et radiologiquement.

L'observation XXVIII de ce mari qui résiste successivement à la contagion de deux femmes bacillaires est singulièrement suggestive. Elle montre bien aussi le rôle redoutable de la grossesse chez les tuberculeuses, de même que l'observation XXX, où la contamination de l'enfant peu après sa naissance est particulièrement apparente et suivie d'une évolution aiguë à brève échéance.

On pourrait penser que l'adulte échappe à la contamination par absence du contage. Une dernière observation, très curieuse, dans laquelle un animal sert en quelque sorte de réactif à l'infection, va répondre à cette objection :

OBSERVATION XXXII

(Communiquée par M. Beau, vétérinaire)

M. N..., au Parc Saint-Maur. Perd en 1921 sa femme, qui succombe de broncho-pneumonie tuberculeuse, compliquée de pleurésie purulente. Sur les conseils du médecin, séparation de lit des époux trois mois avant la mort.

A ce moment, la malade commence à prendre auprès d'elle un chien noir, sans race, qui couche dans son lit. Ce chien fut contaminé et dut être abattu pour ascite tuberculeuse, un mois après la mort de sa maîtresse.

Le mari est demeuré en parfaite santé, ainsi que le reste de la famille.

Nous connaissons de même le cas assez analogue d'une jeune femme tuberculeuse qui contamina ses trois chattes favorites et dont le mari demeura tout à fait indemne, en dépit d'une cohabitation très étroite. Nous ne possédons malheureusement pas le détail de cette observation, que nous aurions souhaité pouvoir joindre aux précédentes.

#### IV. -- Évolution parallèle de la tuberculose chez les deux époux

Nous ne citerons qu'un exemple de ce genre. Il s'agit de cas dans lesquels les deux époux étaient manifestement tuberculeux avant le mariage, ou se sont infectés chacun pour leur propre compte à des sources différentes :

OBSERVATION XXXIII

(Dispensaire Villemin)

Famille D...-G... (vivaient maritalement).

Mari chaudronnier, 46 ans. Pas d'antécédents. Divorcé, a gardé d'un premier mariage un enfant, qui présente une adé-

nite cervicale et une adénopathie trachéo-bronchique. Vit mari-  
talement avec M<sup>me</sup> G... depuis la fin de 1916.

Bronchite au front en 1915, qui s'aggrave jusqu'à sa démo-  
bilisation. B. K. + + +. Meurt cavitare en janvier 1922, à  
l'hôpital.

*Femme*, 32 ans. Antécédents chargés : père mort T. P. (un  
an de contact), mère morte T. P. (4 ans de contact). Conta-  
minée ensuite au chevet d'un oncle, mort phtisique en 1911,  
qu'elle soigna 7 ans. Veuve d'un premier mari, dont elle eut  
un enfant suspect, très délicat. Conduite douteuse jusqu'en  
1916.

De sa deuxième union est née une petite fille, 4 ans, atteinte  
de spina ventosa. A partagé le lit de M. D... jusqu'à la fin  
d'octobre 1921, mais était certainement malade auparavant.  
Laryngite en 1911 et bronchites successives. B. K. + dès 1921  
et sans doute antérieurement.

Actuellement, ramollissement étendu des sommets. Hospi-  
talisée en mars 1922, pour hémoptysie assez abondante. Pro-  
nostic sombre.

Nous ne pensons pas que, dans ces cas où les deux  
époux sont bacillifères, le danger de surinfection réci-  
proque soit bien considérable. Il n'en irait plus de même  
de tuberculeux parvenus à des stades très différents de  
la maladie, et les hôpitaux spécialisés s'inspirent de ce  
principe pour répartir en des salles différentes les « posi-  
tifs » et les « négatifs ».

---

## CHAPITRE VII

### Contagion et allergie

#### La primo-infection de l'enfant et les surinfections de l'adulte

##### Conception actuelle de la contagion

##### La phtisiophobie

De l'ensemble de nos observations ressort nettement la rareté de la contagion conjugale et, plus encore, des contaminations évolutives entre époux.

Il paraît bien se produire une réinfection dans certains cas, mais elle est le plus souvent bénigne et le conjoint qui la subit parvient à la surmonter. REIBMAYR en concluait déjà que l'imprégnation tuberculeuse de la famille conduit progressivement à l'immunisation de ses membres, en sorte qu'il faudrait plutôt favoriser qu'empêcher le mariage des tuberculeux.

Cette théorie est excessive et l'expérience la contredit en ce qui concerne les enfants. L'extrême sensibilité des sujets vierges et la gravité chez eux de l'infection tuberculeuse sont des constatations qui ressortent de la plupart de nos observations. En particulier, les enfants con-

taminés dans la première année succombent le plus souvent (mortalité de 70 à 90 %).

Bénignité chez l'adulte, hypersensibilité chez l'enfant, il y a là deux données en apparence contradictoires. Elles s'expliquent par ce fait que la tuberculose de l'enfant est une primo-infection, celle de l'adulte une réinfection, ou mieux une *surinfection* (le premier terme risquerait de laisser croire à une guérison de la tuberculose primitive).

On peut affirmer, à de très rares exceptions près, que l'adulte arrive déjà tuberculisé au mariage. On connaît les statistiques très démonstratives des anatomo-pathologistes à cet égard : ils découvrent des lésions tuberculeuses à l'autopsie sur 90 à 95 % des cadavres. Suivant NAEGELI, on trouve, chez les adultes de 18 à 30 ans, 62 % de formes latentes actives et 33 % de formes latentes inactives. SCHANG parvient aux proportions à peu près identiques de 61 et 33 %.

La recherche de la *cuti-réaction* à la tuberculine confirme ces données. On voit le pourcentage des réactions positives augmenter progressivement avec l'âge. Généralement négative au-dessous de 3 mois, la cuti-réaction devient positive dans 5 % des cas à 1 an, dans 14 % à 2 ans, 33 % à 3 ans, 70 à 80 % à 10 ans (VON PIRQUET).

Au Congrès de Londres, en 1921, CALMETTE a pu déclarer : « Dans les grandes villes comme Paris, Vienne, Prague, 20 % des enfants sont contaminés à l'âge de 2 ans, 55 % à 5 ans, 90 % au delà de 15 ans ; 97 % des adultes réagissent positivement à la tuberculine. »

En Allemagne, KRAUSE et CREISCHER ont examiné à cet égard, pendant la dernière guerre, 1.063 soldats atteints de tuberculose pulmonaire : ils n'en ont pas trouvé un

seul chez qui l'examen clinique ait pu faire songer à une primo-infection actuelle.

On peut admettre qu'il en va de même dans le mariage. Les époux les plus sains possèdent déjà, en quelque point de leur organisme, un foyer tuberculeux latent et l'immunité relative résultant de cette tuberculisation antérieure explique ce fait, en apparence paradoxal dans nos observations, du conjoint sain qui demeure réfractaire à la contagion, alors que les enfants sont contaminés et trop souvent succombent à une bacillose aiguë.

\*  
\*   \*

Les recherches modernes aboutissent à cette conclusion que l'organisme sort modifié de sa première rencontre avec le bacille. VON PIRQUET a désigné sous le nom d'*allergie* l'ensemble des transformations humorales déterminées par la primo-infection.

Soit, par exemple, deux sujets à vacciner contre la variole, dont l'un a été vacciné déjà et l'autre ne l'a jamais été. Leur réaction sera très différente : le sujet vacciné antérieurement se montrera beaucoup moins sensible à cette nouvelle vaccination que celui qui la subit pour la première fois.

« Ce qui paraît important à noter, c'est que les deux sujets réagissent tous les deux, l'un plus tôt, l'autre plus tardivement, l'un avec une papule, l'autre avec une pustule, l'un d'une façon presque imperceptible, l'autre très violemment. Une première vaccination n'a donc pas produit l'immunité dans le sens d'une insensibilité absolue, mais la faculté de réaction a varié dans le temps, la quantité et la qualité. Ces faits fournissent la justification du

terme allergie (ἄλλη ἔργεια) ou *faculté de réaction modifiée*, terme répondant à une conception clinique, sans opinion préconçue bactériologique, pathologique ou biologique. » (VON PIRQUET.)

L'allergie tuberculeuse est connue depuis longtemps. Dès 1885, CHARRIN se demandait si l'individu déjà tuberculisé est « tuberculisable à nouveaux frais ? est-il justiciable de nouvelles pénétrations tuberculeuses » ?

Expérimentant sur le cobaye, CHARRIN parvint à réinoculer avec succès certains animaux déjà tuberculeux. Tantôt il voit apparaître au point inoculé un abcès, suivi d'une ulcération, tantôt il échoue, « soit parce que le cobaye meurt trop vite... ; soit, si la quantité inoculée est trop faible, parce qu'on obtient une simple induction, au lieu d'un abcès ulcéreux, difficile à réaliser ».

En 1891, Robert KOCH conclut d'expériences analogues que « les bacilles tuberculeux inoculés agissent tout autrement sous la peau d'un cobaye *déjà tuberculeux* que sous celle d'un animal *sain* ».

En effet : « Si l'on inocule à un cobaye sain une culture pure de bacilles<sup>sc</sup>, la plaie se ferme ordinairement et semble guérir dès les premiers jours. Ce n'est que vers le 10<sup>e</sup> ou le 15<sup>e</sup> jour qu'apparaît, au point d'inoculation, un nodule dur qui s'ouvre bientôt et produit un ulcère persistant jusqu'à la mort de l'animal. Or, les cobayes déjà infectés depuis 4 à 6 semaines et qu'on réinocule de nouveau, se comportent très différemment. Chez eux, il ne se forme pas de nodule au point de réinoculation ; mais, dès le lendemain ou le surlendemain, ce point devient dur et prend une coloration rouge-violacé, puis noirâtre, sur une étendue de 0 cm. 5 à 1 centimètre. Les jours suivants, la peau se nécrose. Elle ne tarde pas à

s'éliminer et laisse à sa place un ulcère superficiel qui guérit rapidement d'une façon définitive, sans que les ganglions voisins soient tuméfiés. » C'est à cette réaction particulière de l'organisme déjà infecté qu'on a donné le nom de *Phénomène de Koch*.

Les expériences de CHARRIN et de KOCH, reprises par de nombreux auteurs (ARLOING, RÖMER, HAMBURGER, BAUMGARTEN, etc.), donnèrent des résultats assez contradictoires : l'animal réinfecté peut succomber en peu d'heures à l'intoxication tuberculinique ; ou bien, il apparaît au point inoculé un abcès du type Charrin ; on encore, il se forme une simple ulcération rapidement guérie, comme dans le phénomène de Koch typique ; enfin, dans certains cas, la réaction est nulle ou se borne à une induration locale passagère. Le fait important, c'est que l'animal *réagit autrement* à la réinfection qu'à la première inoculation : il est en état d'allergie.

Des expériences plus récentes de CALMETTE et GUÉRIN, de RÖMER, BEZANÇON et de SERBONNES, RIST, ROLLAND, KINDBERG, etc., ont fourni la preuve que ces divergences dans les résultats étaient surtout le fait : d'une part, de la dose de culture employée pour la réinoculation et, d'autre part, du degré d'imprégnation tuberculeuse antérieur du sujet.

C'est ainsi que la réinjection péritonéale ou intra-veineuse de *doses massives* de culture (0 gr. 01 à 0 gr. 10 chez le cobaye) détermine le plus souvent la « mort aiguë » de l'animal déjà tuberculisé, avec un ensemble de symptômes (1) qui rappelle à certains égards le tableau

---

(1) Dans certains cas, l'animal réinoculé survit et se rétablit complètement, après une réaction plus ou moins alarmante : son allergie sort

de l'anaphylaxie. Au contraire, l'animal sain, à qui on inocule pour la première fois des doses massives analogues, paraît tout d'abord ne pas réagir et ce n'est qu'au bout de quelques semaines qu'il succombe à une tuberculose généralisée.

L'allergie nous apparaît ici sous son aspect hypersensibilité : la primo-infection a sensibilisé l'animal aux réinfections massives ultérieures.

Par la voie *sous-cutanée*, la réinjection de doses massives détermine en général parfois la « mort brutale », mais le plus souvent un volumineux abcès caséux du type Charrin.

Avec des *doses plus faibles*, de l'ordre du milligramme, ROLLAND a noté la formation d'escarres circulaires, suivies de l'ulcération bénigne du phénomène de Koch typique.

Ici l'allergie nous apparaît surtout sous sa face immunité : la primo-infection a conféré à l'animal une certaine résistance à l'égard de la réinoculation ultérieure.

Mais les expériences les plus intéressantes sont celles qui portent sur de *très petites doses* de bacilles, telles que RÖMER les a réalisées. Ce sont celles qui se rapprochent le plus des conditions habituelles de la clinique humaine.

Si l'on injecte à des cobayes sains 1/1000 de milligramme de culture, ils succombent en moyenne au bout de 98 jours à une granulie généralisée. Si l'on injecte la même dose à des cobayes *faiblement* tuberculeux, ils

---

alors de l'expérience renforcée dans le sens immunité et sa survie sera plus longue que celle des animaux témoins. VON BEHRING, par des injections répétées de bacilles faiblement virulents (bovo-vaccin), est parvenu à immuniser des bœufs contre les infections sévères ultérieures, qui tuaient les animaux témoins en quelques semaines.

présentent des lésions cutanées insignifiantes et succombent, au bout de 7 à 9 mois seulement, avec des localisations pulmonaires à tendance cavitaire.

Pour des doses de 1/10000 de milligramme, les cobayes vierges succombent en 13/4 jours, alors que les cobayes tuberculeux se montrent nettement immuns. Et RÖMER note de même l'immunité absolue des animaux tuberculeux pour réinoculations plus faibles encore.

RÖMER a opéré sur des cobayes atteints de tuberculose à évolution lente, infectés depuis longtemps (4 mois à 1 an). L'allergie disparaît en effet à la période cachectique. Il semble, en outre, qu'elle n'apparaisse même pas chez certains animaux d'emblée trop fortement tuberculisés.

De nombreux expérimentateurs attribuent une importance décisive à l'intensité de l'inoculation initiale. Une infection ou une série d'infections initiales légères donnent naissance à un état allergique solide, tendant vers l'immunité. Une infection initiale sévère paraît au contraire sensibiliser aux atteintes ultérieures, même légères (quand elle n'est pas immédiatement suivie d'une évolution rapidement mortelle).

Immunité dans un cas, hypersensibilité dans l'autre, « c'est, en dernière analyse, le *degré d'imprégnation tuberculeuse* qui semble déterminer le mode de réaction des cobayes à une réinfection » (ROLLAND).

La multiplicité de ces réinfections et leur espacement paraissent également jouer un rôle important dans le renforcement de l'état allergique. GRYZEZ et PETIT-DUTAILLIS, étudiant les infections pulmonaires par inhalation, ont démontré que plusieurs de celles-ci rapprochées sont infiniment moins dangereuses qu'une seule.

De son côté, L. BRUYANT, dans le laboratoire de CALMETTE, a pu entraîner des cobayes à recevoir pendant 4 mois de très faibles injections de bacilles tuberculeux, d'abord tous les jours, puis tous les trois jours. Les animaux sont morts en 105 à 140 jours, avec des lésions de résistance frappantes (épanchement séreux pleural et scléroses viscérales très étendues).

Ainsi donc, « les surinfections longtemps répétées avec de très petites doses de bacilles, loin d'aggraver et de précipiter l'évolution de la tuberculose, impriment à celle-ci une allure chronique et un caractère anatomo-pathologique très spécial » (CALMETTE).

\*  
\* \*

Ces données expérimentales, réduites à leurs grandes lignes, trouvent leur application à la clinique humaine et modifient l'ancienne *conception de la contagion*. La phtisie de l'adulte, nous l'avons noté, ne nous apparaît plus comme la conséquence d'une infection primitive récente du poumon, mais comme « la fin d'une longue histoire », qui remonte généralement à l'enfance.

C'est au fait de la *primo-infection* qu'il faut rapporter les caractères si particuliers de la tuberculose du jeune âge, avec ses formes aiguës et ses réactions ganglionnaires.

Plus la primo-infection est tardive et légère, et plus l'enfant a de chances de la surmonter. La plupart des auteurs admettent que la contamination du nourrisson dans le milieu familial est le plus souvent massive et attribuent à cette cause la haute mortalité tuberculeuse dans la première année.

On voit ensuite décroître avec l'âge la courbe de cette mortalité, tandis que celle de la morbidité s'élève de façon continue.

L'allergie qui résulte de la primo-infection de l'enfant est tout d'abord assez fragile. Elle se renforce par la suite, sous l'influence des contaminations légères et répétées de l'âge scolaire et de l'adolescence. L'ensemble de ces infections et *surinfections successives* finit par aboutir à l'état de résistance spécial de la plupart des adultes.

Nous nous en tenons ici à dessein à une vue d'ensemble, en raison de l'incertitude et des contradictions qui subsistent sur de nombreux points (1).

En fait, les choses sont plus complexes. « Le nourrisson, infecté par son père ou sa mère, reçoit des doses répétées de bacilles tuberculeux, il est réinfecté ou mieux surinfecté à plusieurs reprises. Les quantités de bacilles reçues à chaque contact infectant, la race des bacilles tuberculeux, le temps qui s'écoule entre chacun de ces contacts infectants, le nombre même de ceux-ci, la date des surinfections par rapport à la première infection sont autant d'éléments complexes, dont il paraît impossible à première vue de dissocier dans chaque cas les effets associés. » (DEBRÉ.)

On le voit, le problème comporte un grand nombre de

---

(1) « Il faut bien le reconnaître, rien ne nous permet, à l'heure actuelle, de juger dans quelle mesure la surinfection, chez l'enfant comme chez l'adulte, peut être dangereuse, inoffensive ou utile. Ce n'est là, selon toutes probabilités, qu'une question de quantité. » Les surinfections minimales et répétées ne provoqueraient pas d'évolution, mais des réactions de défense et souvent une immunité solide, une véritable vaccination. (LAVERGNE).

variantes, insuffisamment étudiées pour la plupart, et le chiffre des combinaisons possibles est presque infini.

Il en résulte, pour ainsi dire, chez l'adulte, autant de types d'allergie que d'individus, suivant le degré d'immunité ou de sensibilisation dans chaque cas particulier.

Cette allergie complexe nous donne la clef du *problème de la contagion conjugale*. Le mariage, plus que tout autre état, paraîtrait cependant propre à faciliter la transmission de la tuberculose. Or, nous avons vu combien celle-ci est rare et le plus souvent bénigne.

En réalité, les surinfections de la vie quotidienne sont généralement trop légères pour parvenir à vaincre la résistance du conjoint sain, quand celui-ci n'est pas un prédisposé. Elles sont apparemment de l'ordre de grandeur de ces *doses très petites* de bacilles virulents, à l'égard desquelles les cobayes faiblement tuberculisés demeureraient absolument immuns, dans les expériences de RÖMER.

Cette interprétation s'applique à la longue série d'exemples de *non contagion* que nous avons relatés (Obs. XVIII à XXXII).

Sans doute, à défaut de contagion clinique dans ces cas, il se produit vraisemblablement une certaine contagion bactériologique — il paraît, en effet, bien difficile que celle-ci n'existe pas dans nos observations XXII et XXIV, par exemple. Mais les rares bacilles qui ont pénétré dans l'économie tendent bien plutôt à renforcer l'immunité du sujet qu'à la vaincre et sont d'ailleurs rapidement éliminés par les divers émonctoires (1), et plus particulièrement les voies biliaires (CALMETTE).

---

(1) Il convient de noter que cette interprétation est loin d'être

En général, il importe surtout de soustraire l'époux bien portant aux *contagions massives*, seules capables d'avoir raison de sa résistance. Mais tous les auteurs s'accordent à reconnaître qu'elles sont tout à fait exceptionnelles.

Peut-être pourraient-elles résulter de baisers prolongés, accompagnés de quintes de toux et d'expectoration ? Faut-il incriminer une surinfection massive dans notre observation IV, par exemple ? C'est une pure hypothèse...

Il apparaît bien que c'est le plus souvent à la faveur d'une *défaillance* ou d'une *prédisposition du terrain* (allergie-sensibilisation) que la contamination se produit. Prédisposition et défaillance peuvent d'ailleurs s'associer (Observation VII).

Dans la plupart de nos observations, c'est à la défaillance que revient le principal rôle, — telle qu'elle peut résulter du surmenage physique, d'une dépression morale, d'une grossesse, des fatigues de l'allaitement. D'autres fois, l'état allergique du sujet fait place à une anergie transitoire, sous l'influence de la grippe ou d'une fièvre typhoïde, par exemple.

Des « *contagions additionnelles* » d'une certaine intensité, survenant dans ces conditions, peuvent alors déterminer la surinfection du conjoint sain.

Si la dépression organique est passagère, l'infection tourne court et tout se borne à une « *contamination latente* » (Obs. XI à XVII). Par contre, si l'affaissement se

---

unanimement acceptée. Certains expérimentateurs admettent que les bacilles ainsi introduits sont détruits dans l'organisme (ROLLAND) ; d'autres, qu'ils sont tolérés par lui comme des corps étrangers inoffensifs (RÔMER).

prolonge, nous aurons parfois une « *contamination évolutive* » vraie (Obs. IV à VII).

Dans certains cas enfin, une contamination latente transitoire est suivie d'une période silencieuse prolongée. Ce n'est que beaucoup plus tard que l'évolution se produira, sous l'influence d'une nouvelle défaillance du terrain (contaminations évolutives *tardives* des Observations VIII à X).

Il est vraisemblable, d'ailleurs, que les surinfections exogènes sont la minorité chez l'adulte. C'est plus souvent à des *auto-réinfections* qu'il faut attribuer chez lui les réveils de la tuberculose.

On sait que, suivant CALMETTE, l'immunité correspond à la présence dans l'organisme d'un foyer virulent latent. Un grand nombre de nos surinfections proviendraient des bacilles que nous hébergeons ainsi. Avant tout, l'homme aurait donc « à se défendre contre ses propres bacilles, incontestablement les plus dangereux pour lui » (LAVERGNE).

CARNOT attribue, chez les tuberculeux évolutifs, une grande importance aux *supertuberculisations*(1). L'observation qu'il rapporte — d'une femme, tuberculeuse pulmonaire, qui succombe à une granulie consécutive à une contamination ultérieure par voie vésicale, — n'est pas à l'abri de toute critique.

Pratiquement, chez les tuberculeux à expectoration bacillifère, « on est porté à considérer comme insignifiantes les surinfections hétérogènes » (Cf. Obs. XXXIII),

---

(1) Ce mot désigne « une deuxième infection tuberculeuse survenant et évoluant au cours d'une tuberculose antérieure. » (CARNOT).

lorsqu'on songe que certains malades éliminent eux-mêmes jusqu'à 7 milliards de bacilles par jour (FRAENKEL).

\*  
\* \* \*

L'interprétation que nous donnons de la rareté de la tuberculose conjugale pourra paraître, à certains égards, un peu factice et schématique.

De l'ensemble de ces discussions, ce qu'il importe de retenir surtout, c'est que l'adulte, grâce à son allergie, se trouve généralement en état de résister aux surinfections habituelles de la vie courante : « La réinfection... sera supportée sans aucune manifestation clinique et ne déterminera non plus aucune tuberculisation nouvelle » (ROLLAND).

Une impression très réconfortante se dégage de cette constatation. Le terme de « *contagion restreinte* » n'est vraiment pas excessif pour l'adulte, même dans le mariage, et l'épouse bien portante d'un phtisique peut, moyennant quelques précautions hygiéniques banales, lui prodiguer ses soins les plus attentifs, sans trembler perpétuellement pour sa propre vie.

Nous possédons des exemples navrants de maris ou de jeunes femmes qui s'enfuient du foyer conjugal dès que leur compagnon se trouve atteint, souvent légèrement. Le divorce a même été parfois prononcé à ce propos (1).

La conviction de l'incurabilité de la maladie est très répandue dans le peuple. Au cours de nos visites à domicile, nous avons vu pleurer des jeunes filles, atteintes de

---

(1) Il va sans dire qu'il a été prononcé aux torts exclusifs du conjoint qui s'était enfui et non du malade.

simple induration des sommets, à la pensée que leur sort était fatal et que tous les soins resteraient vains.

Les journaux nous ont rapporté naguère l'histoire de cette veuve, bonnetière aisée, qui avait perdu son mari de tuberculose, il y a quatre ans, et se croyait atteinte après lui. Obsédée par cette idée, elle étrangla son fils et s'intoxiqua gravement elle-même, en cherchant à se suicider (1).

Et cet autre fait divers, survenu il y a quelques mois dans une grande ville de l'Est. Le conseil municipal avait fait choix d'un emplacement pour l'installation d'un dispensaire. Les habitants signèrent aussitôt une pétition énergique pour s'élever contre la fondation « d'un foyer d'infection dans leur quartier » !

Dès 1917, L. BERNARD s'élevait contre ces « légendes absurdes » implantées dans l'esprit public, qui voit partout « créer des foyers de contagion dangereux pour la population environnante ».

SABOURIN raillait spirituellement ceux qu'il appelait les *Phtisiophobes et Phtisiomanes* : phobie égoïste des collectivités ; phobie familiale, qui, parfois, « s'hypertrophie au point de devenir cruelle, sinon criminelle » ; phobie individuelle enfin, souvent fondée sur des lectures scientifiques mal comprises et des notions prophylactiques trop absolues.

La propagande antituberculeuse, désireuse de frapper l'imagination populaire, a parfois contribué très involontairement à « cette terreur superstitieuse ». La lutte

---

(1) 10 février 1922.

contre le fléau s'impose plus que jamais, mais les affirmations gagneraient parfois à être plus nuancées.

Il faut éviter que le tuberculeux devienne un objet de terreur pour son entourage. L'heure est venue de réagir et d'apprendre au peuple *qu'un phthisique éduqué et surveillé n'est pas dangereux* et peut continuer à participer à la vie familiale et sociale.

On n'insistera jamais assez sur la fragilité de l'enfant et la nécessité d'une prophylaxie rigoureuse autour de lui. Chez l'adulte, au contraire, le danger est plutôt d'ordre endogène : il réside surtout dans les défaillances du terrain et les auto-réinfections.

D'après W.-J. DOBBIE, suivant une idée très généralement acceptée aux Etats-Unis, « le contact avec les tuberculeux n'est guère dangereux que pour les enfants. Les adultes déjà imprégnés sont considérés comme peu affectés *par la vie en commun et même le contact étroit avec les cracheurs de bacilles* » (AMEUILLE).

Cette notion nous paraît, dans la grande majorité des cas, applicable à la tuberculose conjugale, qui n'est qu'un mode particulier de la contagion entre adultes.

---



## CHAPITRE VIII

# Prophylaxie

**Prophylaxie infantile -- Le mariage des tuberculeux**

**Prophylaxie conjugale -- Rôle du Dispensaire**

La *protection de l'enfant* contre l'infection bacillaire est actuellement la seule base solide d'une prophylaxie générale efficace. Toute la vie se trouve hypothéquée par les premiers contages et les parents ne veilleront jamais assez jalousement sur le jeune être.

Lorsque les générateurs sont sains, il faudra le protéger contre les apports de germes extérieurs. Sans doute, l'extrême diffusion du bacille ne permet pas d'en préserver tout à fait l'enfant (1), mais les contaminations minimes et plus ou moins répétées qu'il est impossible de lui éviter lui conféreront une immunité solide aux surinfections de l'âge adulte (2).

Lorsque le père, et surtout la mère, sont eux-mêmes tuberculeux, la question est beaucoup plus délicate.

---

(1) LANDOUZY recommandait à l'imitation des mères françaises l'exemple de ces mamans anglaises qui font placer sur le chapeau de leurs enfants l'inscription : « Kiss me not ! »

(2) Des tentatives très encourageantes de vaccination à l'aide de bacilles atténués ont été faites, mais le problème relève encore de l'avenir.

S'il s'agit d'une tuberculose fermée, — pour autant qu'il existe des tuberculoses fermées, — l'enfant peut généralement être laissé sans imprudence à ses parents, sous réserve de sérieuses précautions hygiéniques. La famille sera rattachée au Dispensaire le plus voisin et placée sous la surveillance de ses infirmières-visiteuses.

Plus tard, les colonies de vacances, le preventorium et, lorsque la chose sera possible, la vie à la campagne, aideront l'enfant à échapper aux dangers d'une hérédité suspecte.

S'il s'agit, par contre, chez les parents, d'une forme évolutive, avec expectoration bacillifère, la protection du nourrisson devient très difficile dans la famille. Le logement ouvrier exigü et surpeuplé, privé d'air et de lumière, l'éducation hygiénique généralement insuffisante des parents ne permettent pas une prophylaxie satisfaisante.

Des masques protecteurs ont été préconisés. Le Dispensaire Villemin distribue des masques de ce genre, qui sont très bien acceptés par la mère qui allaite (1).

Celle-ci doit revêtir une blouse spéciale, lorsqu'elle prend l'enfant dans ses bras, et ne le toucher « qu'avec des mains désinfectées. En outre, tous les objets avec lesquels l'enfant est en contact doivent être personnels et désinfectés. Lorsqu'il se traîne sur le sol, qu'il porte à sa bouche les multiples objets disséminés sur les planchers, il doit être à l'abri des contaminations ; aussi est-il bon et nécessaire de le mettre toujours sur une large couver-

---

(1) Il ne s'agit pas, évidemment, de permettre l'allaitement à des mères bacillifères, mais uniquement de protéger l'enfant contre le contagement transitoire possible d'une mère suspecte, ou même contre l'apport de germes virulents par des sujets sains en contact permanent avec des phtisiques. (Cf. note p. 52).

ture à lui, propre et scrupuleusement nettoyée » (RIBAUDEAU-DUMAS).

La plupart de ces mesures sont inapplicables dans la classe ouvrière et la solution douloureuse qui s'imposera dans la majorité des cas sera la séparation de l'enfant et de sa famille. Malheureusement, la persuasion échoue fréquemment auprès des parents et le développement très insuffisant des pouponnières et des centres d'élevage pour nourrissons ne permet pas, jusqu'ici, d'envisager une solution d'ensemble.

Trop souvent, l'enfant sera déjà profondément atteint, lorsqu'il deviendra justiciable de l'OEuvre Grancher. Celle-ci place à la campagne dans des familles paysannes robustes, sous la surveillance médicale, les enfants sains de 3 à 10 ans issus de parents tuberculeux. Le seul défaut de cette œuvre admirable est l'adoption trop tardive de ses protégés.

Il ne nous appartient pas de nous étendre plus longuement sur cette question de la prophylaxie dans l'enfance, que SALEUR a récemment bien étudiée et mise au point (Thèse Nancy, 1922).

L'âge adulte nous retiendra surtout et nous envisagerons successivement la prophylaxie avant le mariage, puis dans le mariage.

## **I. -- Avant le mariage**

Le problème du mariage des tuberculeux, si souvent débattu, est un des plus délicats parmi ceux qui se posent journellement devant la conscience du praticien.

Que répondre à la famille angoissée ? Le médecin, qui est un homme de cœur, sent toute la gravité de sa déci-

sion. Il ne peut se dérober cependant, « car il faut se décider... Voilà des êtres placés entre le besoin, le droit si naturel d'être heureux, d'aimer, d'être ou de se croire aimés, d'avoir des enfants, et le devoir soudain, par les révélations qui leur sont faites, de demeurer stériles » (CAZALIS).

Certains, avec PETIT, n'hésitent pas à vouer en bloc tous les tuberculeux au célibat, ce qui est manifestement excessif. D'autres vont inversement jusqu'à recommander le mariage entre tuberculeux guéris et anciens tuberculeux : tel est le cas de VALENTINO, d'ARTAUD, de REIBMAYR, dont les idées sur l'immunisation des races sont bien connues.

En réalité, la question est plus complexe et des règles générales très larges doivent être prudemment adaptées à chaque cas particulier.

Il n'est pas possible d'autoriser le mariage de tuberculeux bacillifères ou évolutifs, tout le monde est d'accord sur ce point. L'hésitation commence, lorsqu'il s'agit d'anciens tuberculeux guéris et, plus encore, d'hérédotuberculeux.

Tout d'abord, qu'entend-on par *tuberculeux guéris* ? Nous savons déjà que, sauf de rares exceptions, il n'existe pas à proprement parler de guérison de la tuberculose, mais un état d'immunité plus ou moins solide, correspondant à la présence dans l'organisme d'un foyer infectieux latent. VAN YSSENDICK parle sagement de *guérisons relatives* chez les anciens malades qui, depuis un certain nombre d'années, n'ont plus présenté aucune manifestation morbide, aucun trouble thermique, aucune atteinte de l'état général.

Sous ces réserves, au bout de combien de temps peut-on

considérer un tuberculeux comme guéri et apte au mariage ? Les avis diffèrent beaucoup. Tandis que JEANNEL et SABOURIN opinent pour « plusieurs années », que LALESQUE est plus vague encore, DAREMBERG fixe à 4 ou 5 années la période silencieuse nécessaire, BRUNON à 2 ou 3 ans, HEUBNER et GIMBERT à 2 ans.

Ces chiffres dépendent en grande partie des manifestations présentées antérieurement par le malade. GIMBERT interdit formellement le mariage aux tuberculeux éréthiques. Il est certain aussi qu'une ascite, une pleurésie ou une tuberculose externe sont d'un pronostic beaucoup plus favorable à cet égard que la constatation, même transitoire, d'un foyer de ramollissement pulmonaire, par exemple.

Dans tous les cas, le médecin ne se prononcera qu'à bon escient et après des examens cliniques répétés. Plus que tout autre, le médecin de famille qui a suivi la maladie paraît qualifié pour prendre une décision. HEUBNER recommande, en outre, de tenir le fiancé sain au courant de la situation, afin qu'il puisse donner son assentiment en toute connaissance de cause.

Il convient de s'entourer des mêmes précautions à l'égard des *tuberculeux héréditaires* ou, plus simplement, de sujets à hérédité suspecte. Ce serait le lieu de rappeler les statistiques déjà citées sur la haute morbidité tuberculeuse constatée chez eux. En réalité, bien souvent, à cette morbidité ne paraît pas correspondre, *chez l'adulte*, une mortalité plus élevée, et DUCLAUX s'élève, à juste titre, contre le discrédit trop facilement jeté sur des jeunes gens qui ont le malheur de posséder un « poitrine » parmi leurs ascendants.

Le médecin consulté se rappellera que l'hérédité de

graine est très exceptionnelle, que la contamination se fait presque toujours précocement dans la famille après la naissance et que « c'est la mère qui est l'agent essentiel du contagé » (BERNARD et DEBRÉ). C'est dans cet esprit qu'il faudra rechercher les contacts infectants auxquels le jeune être aura pu être exposé ; l'importance et la durée de ces contacts ; les manifestations pathologiques qu'ils auront pu déterminer, dans l'enfance d'abord, puis au moment de la crise de la puberté ; enfin, l'état actuel du poumon et des différents organes du candidat au mariage.

Qu'il s'agisse d'hérédotuberculeux ou de tuberculeux guéris, il conviendra toujours de se montrer *beaucoup plus sévère pour la femme que pour le jeune homme*. Certains appliquent rigoureusement l'axiome de PÉTER à la tuberculeuse et lui interdisent de se marier, « car mariée elle ne doit pas être mère, et mère, elle ne doit pas nourrir ses enfants » (LEMIÈRE).

Nous en avons dit assez sur le danger que font courir à la femme les grossesses répétées, la puerpéralité et l'allaitement, comme certaines de nos observations (VI, VII, XIV, XVIII, XXX) en témoignent. Mais l'exemple opposé est tout aussi fréquent : que de tuberculeuses guéries supportent sans accident plusieurs grossesses convenablement espacées !

Un de nos maîtres rapporte volontiers l'exemple de cette tuberculeuse qui se maria contre l'avis de ses médecins, eut de beaux enfants malgré l'avis de ses médecins, les allaite et ne s'en porta pas plus mal, à la grande confusion de la Faculté... Le médecin n'est pas un doctinaire ; il doit éviter les mésaventures de ce genre et ne pas se montrer trop absolu, témoin cet autre exemple :

OBSERVATION XXXIV

(Communiquée par M. le docteur Louvard)

Henriette H..., 26 ans ; ayant eu à l'âge de 20 ans une pleuro-péritonite bacillaire, puis une appendicite tuberculeuse, gardant depuis une entérite suspecte, toutes lésions ayant fait déconseiller la grossesse.

Son mari est d'une santé florissante.

Devant des troubles psychiques graves (mélancolie avec idées délirantes de suicide et hallucinations terrifiantes), j'ai conseillé la grossesse. Résultat : splendide état de santé de toute la famille, avec un bel enfant qui a 6 mois et que la mère allaite.

Pour le jeune homme, le mariage est beaucoup moins redoutable. Il conviendra cependant de s'assurer que le candidat n'est atteint d'aucune lésion testiculaire récente et qu'il n'a présenté aucune manifestation bacillaire depuis un minimum de deux ans.

Il est souhaitable en outre, comme le veut DAREMBERG, que l'avenir matériel du couple soit assuré, afin que le mariage ne soit pas pour l'époux l'occasion de soucis matériels et moraux. Sous cette condition, bien rarement réalisée dans la classe ouvrière, « les tuberculeux guéris peuvent se marier ; je dirai même plus, ils doivent se marier quand ils sont absolument guéris » (DAREMBERG).

Dans tous les cas, il sera prudent de conseiller le *mariage retardé*, pour le moins au delà de 25 ans et souvent davantage. Lorsque les circonstances le permettront, le médecin pourra recommander au candidat une cure d'air et de repos préalable, doublée d'un traitement recalifiant et reconstituant prolongé.

Le choix du conjoint n'est pas indifférent pour les

tuberculeux guéris et les hérédotuberculeux. Si l'époux bacillaire paraît relativement peu dangereux pour un conjoint sain, il peut le devenir extrêmement pour un conjoint prédisposé lui-même (Obs. VII).

Dans les cas observés par VAN YSSENDICK, « la prédisposition héréditaire du conjoint sain jusquelà, lorsqu'elle existait, aidait à la contagion... La contagion est un accident possible entre époux ; elle est singulièrement *favorisée par la prédisposition héréditaire* ».

L'exemple suivant concerne une jeune femme, que ses antécédents paraissent bien aussi avoir prédisposée à la contagion maritale :

#### OBSERVATION XXXV

(Communiquée par M. le docteur Brodin)

Ch..., 23 ans, sans aucun antécédent tuberculeux, entre à l'Hôpital Sanitaire... pour tuberculose ouverte, contractée pendant la guerre.

Malgré les conseils médicaux, il épouse en 1917 une jeune fille de la Nièvre, non tuberculeuse, élevée à la campagne, mais dont la mère et deux sœurs sont mortes phtisiques.

Il a de cette femme 2 enfants : le premier bien portant, le deuxième mort à quelques mois de méningite.

La jeune femme meurt elle-même de tuberculose, au bout de deux ans de mariage. L'état du mari n'a pas changé.

Le docteur BRODIN a eu l'occasion d'observer plusieurs exemples de contagion analogues. Il attache une grande importance au fait que les jeunes femmes, élevées à la campagne, n'avaient pas acquis l'immunité solide que confèrent le plus souvent aux citadins les surinfections répétées de la ville.

## II. -- Dans le mariage

Le médecin doit se montrer d'autant plus réservé dans ses conclusions qu'il sera habituellement consulté trop tard, lorsqu'elles ne pourront plus être entendues. Le cœur généralement l'emportera sur la raison...

Nous savons ce qu'il faut penser du danger très exagéré de la contagion dans le mariage. Le péril est pour les enfants beaucoup plus que pour les parents. Cependant, le fait qu'il existe une « contagion restreinte » implique un minimum de précautions.

La prophylaxie conjugale devra se proposer surtout : 1° d'empêcher les contaminations massives, très rares, et d'éviter toute défaillance du terrain, chez le conjoint sain bien portant ; 2° de renforcer les mesures d'hygiène, si le conjoint sain présente des prédispositions héréditaires ou acquises à la contagion.

La première mesure à prendre, c'est *l'isolement* du malade dans la famille, s'il est bacillifère. La contagion maritale paraît surtout le fait de la cohabitation nocturne, et plus spécialement de la communauté de lit.

L'exiguïté du logement ouvrier ne permettra pas d'ordinaire de réserver une chambre spéciale à l'époux tuberculeux. Du moins faudra-t-il exiger pour lui un lit séparé et veiller à ce qu'aucun enfant ne couche dans la chambre des parents.

Un espace minimum de 1<sup>m</sup> 50 devra être réservé entre les lits du mari et de la femme. Si la chambre est vaste et bien aérée, « il doit y avoir bien peu d'inconvénients à laisser coucher deux époux en lits séparés dans la même chambre » (SABOURIN). Dans ces conditions, le conjoint

sain échappe non seulement à la contamination par les produits frais ou desséchés, tels que sueur et mucus qui souillent inévitablement le corps, le linge et les draps du malade, mais encore à la projection des particules bacillifères par la toux.

Cette mesure aura même de sérieux avantages à des périodes moins avancées de la maladie. La communauté de lit est, en effet, plus ou moins inséparable d'une certaine excitation génésique, néfaste à beaucoup de tuberculeux. Elle est favorable à ces « baisers prolongés, intimes », dont P. SPILLMANN et LANDOUZY dénonçaient le danger et qui pourraient bien être parfois la cause de contaminations massives.

La question des *relations sexuelles* chez les tuberculeux doit être abordée très franchement. Nous ne reviendrons pas, avec CORNET, sur le danger des rapports bucco-génitaux. Manifestement, le coït doit être également prohibé dans les cas d'orchi-épididymite bacillaire en activité, de même qu'à la période cachectique et dans les phases évolutives de la maladie.

J.-B. MONTANO désespérait déjà de voir guérir un de ses malades, dont la femme était très jolie, et conseillait aux tuberculeux de s'abstenir. « On sait que rien ne leur est plus pernicieux que le coït. On en a vu périr dans l'acte même. » (ROZIÈRE DE LA CHASSAGNE.)

C'est le cas tout particulièrement des tuberculeux éréthiques, chez lesquels GOUDARD recommande « que les relations conjugales soient, dans tous les cas, réduites au minimum, sinon supprimées ». L'excitation génésique exagère l'éréthisme respiratoire, circulatoire et nerveux, exacerbe la fièvre et peut provoquer des poussées conges-

tives, avec hémoptysies plus ou moins graves, parfois mortelles.

DAREMBERG estime que « les excitations conjugales sont plus affaiblissantes pour l'homme que pour la femme ». Celle-ci en ressent même parfois « un effet salulaire », sauf cependant aux abords des règles.

BOUREILLE conseille de tenir compte de la pression artérielle. Il reconnaît qu'il est souvent bien difficile de supprimer complètement les rapports, sans s'exposer à de graves dangers moraux, mais il convient toujours de les modérer. Cette conclusion nous paraît raisonnable et possible dans tous les cas.

Une solution analogue est applicable à la *grossesse*. Indésirable chez les tuberculeuses en évolution, ou celles dont l'état général est déficient, elle peut être autorisée dans les formes latentes ou consolidées depuis un laps de temps suffisant — sous réserve d'un sage espacement.

L'allaitement sera déconseillé dans un grand nombre de cas, tant dans l'intérêt de la mère que dans celui de l'enfant.

Pour l'épouse saine d'un tuberculeux ouvert, des précautions spéciales devront être prises au moment de la grossesse, qui constitue véritablement une période de choix pour la contagion. Nous avons déjà attribué en partie à l'état d'anergie créé par la grossesse et la puerpéralité la plus grande fréquence de la transmission de mari à femme.

Si l'isolement nocturne du tuberculeux est à la base de la prophylaxie conjugale, il serait inutilement cruel de le retrancher dans la journée de la société des siens. Il pourra, sous certaines précautions, participer à la vie familiale.

*La prophylaxie diurne* repose essentiellement sur la discipline de la toux et de l'expectoration. Dans ce but, une éducation sérieuse est nécessaire. La volonté possède une action importante sur la toux : le malade doit apprendre à ne tousser qu'à bon escient et à maintenir un linge devant sa bouche pendant les quintes.

Il sera muni d'un crachoir de poche, contenant un peu de solution antiseptique, qui sera désinfecté ou brûlé chaque jour, et renoncera à cracher dans le « hideux mouchoir » (BARTH). Suivant le mot de POTAÏN : « Le mouchoir est le danger ; le crachoir toujours humide peut être le salut. »

A table, le tuberculeux sera doté d'un verre et de couverts spéciaux, ébouillantés après chaque repas. Mêmes précautions pour le linge et les objets de toilette, qui seront rigoureusement personnels. Après usage, les mouchoirs seront désinfectés dans une solution formolée et le linge recueilli dans un sac de toile spécial avant le lessivage.

Nous ne rappellerons que pour mémoire certaines recommandations aujourd'hui banales, telles que la prohibition du balayage à sec, la nécessité de l'hygiène corporelle minutieuse du malade, des soins de la bouche, du lavage fréquent du visage et des mains, etc.

Une prophylaxie ainsi comprise, appliquée avec persévérance, permet d'obtenir des résultats surprenants dans des circonstances parfois très défavorables, ainsi qu'en témoignent les deux observations suivantes :

#### OBSERVATION XXXVI

(Dispensaire Villemin)

Famille J..., Nancy.

Le père, 43 ans, valet de chambre, a été mobilisé en usine.

Il a fait une pleurésie et a commencé à tousser en 1915. Rentre en 1919, réformé à 20 %. Les lésions pulmonaires ont évolué ensuite et, pendant deux ans, il a été soigné à domicile. Mort phthisique, en octobre 1921, à l'hôpital.

Mère, 33 ans, examinée au Dispensaire après la mort de son mari et considérée comme saine.

3 enfants : 2 filles et 1 fils (15, 13, 10 ans). Le dernier seul est induré, les deux autres bien portants.

Pendant toute la maladie du mari, la famille entière habitait dans la même chambre à coucher, où se trouvaient 3 lits. Dans un coin se trouvait le lit séparé du père. A l'autre extrémité, le lit du fils et un troisième lit où couchaient *ensemble* la mère et les deux filles.

C'est à cette séparation de lit, dans une pièce assez petite, qu'il faut attribuer la préservation de la mère et des deux filles et l'atteinte légère seulement du fils.

La famille suivante, plus heureuse encore, a pu échapper complètement à la transmission :

#### OBSERVATION XXXVII

(Dispensaire Villemin)

Famille H..., Nancy.

Mari, 35 ans, manoeuvre. T. P. consécutive à une fracture de la clavicule ayant intéressé le poumon sous-jacent. Début en 1912. Actuellement, respiration soufflée aux sommets, avec quelques râles sous-crépitaux au sommet droit. B. K. ++. Radio : pommelures dans les deux poumons.

Femme, 34 ans, saine. 2 enfants, 4 et 11 ans, sains.

Toute la famille couche dans la même chambre, avec 3 lits : lit séparé pour le mari ; un lit pour la femme et un enfant ; l'autre pour le deuxième enfant.

COMPIN et DROCHON, que des exemples semblables n'avaient pas frappés, recommandent de « faire soigner le malade, autant que possible, par des personnes âgées, qui ont moins à redouter les dangers de la contagion ». Cette précaution nous paraît superflue et dérive de la « tuberculophobie » : le danger n'existe guère pour le conjoint bien portant.

Il y a 40 ans déjà, DEBOVE déclarait à son auditoire : *« Tant que vous êtes bien portants, il n'y a que peu de danger à ce que vous affrontiez le contact des phthisiques ; mais, si vous étiez atteints de bronchite ou convalescents de rougeole, je vous engagerais à garder la chambre, parce que vous seriez dans les conditions voulues pour être contagionnés. »*

De même, le conjoint sain devra veiller sur son état général, éviter tout surmenage et toute affection capable de le mettre en état de réceptivité (1). Il redoublera d'attention, si une grippe ou quelque autre maladie anergisante survient, et entretiendra chez lui la résistance du terrain par une alimentation saine et bien comprise, par la vie au grand air, le plus possible, les exercices physiques et une hygiène individuelle parfaite.

Beaucoup de ces conditions sont impossibles à réaliser dans la classe ouvrière, où l'effort du médecin se heurte trop souvent à des obstacles insurmontables. Il faut compter avec l'insuffisance du salaire, qui ne permet pas au malade de se reposer à temps ; avec l'exiguïté et l'insa-

---

(1) Dans un certain nombre de nos observations, la syphilis était associée à la tuberculose. Il ne semble pas qu'une syphilis ancienne aggrave sérieusement le pronostic de la bacilliose, mais il n'en va sans doute plus de même d'une syphilis récente. Nous avons noté déjà l'effroyable déchet infantile qui résulte de cette association.

lubrité du logement, qui ne permettent pas un isolement satisfaisant ; avec l'éducation hygiénique rudimentaire, qui ne permet pas à la famille d'assurer elle-même sa protection ; avec l'alcoolisme, les tares héréditaires ou acquises, décuplées par le surmenage et la misère.

Contre la tuberculose, maladie sociale, une *prophylaxie sociale* est nécessaire. « Dans notre société, la tuberculose est fonction des conditions économiques de l'individu. » (ROMME.)

C'est par une large politique du logement ouvrier, par l'aménagement des banlieues, la création de cités-jardins et le retour à la terre, par la propagande anti-alcoolique et l'éducation populaire, par l'amélioration générale des conditions de la vie et de l'hygiène publique et privée, qu'il sera possible d'enrayer le fléau.

La lutte dépasse les ressources de l'initiative privée. Elle exige la collaboration de l'Etat, des communes et des œuvres.

### **Le rôle du Dispensaire d'hygiène sociale**

De toutes les œuvres, c'est aux Dispensaires d'hygiène sociale qu'appartient actuellement la première place dans la lutte anti-tuberculeuse.

Dès 1899, CALMETTE préconisait leur création devant la Commission extra-parlementaire de la tuberculose, présidée par BROUARDEL.

Depuis la fondation du « Dispensaire Emile-Roux », de Lille, en février 1901, et celle des premiers Dispensaires belges, sur l'initiative de MALVOZ, ceux-ci se sont rapidement multipliés en France et à l'étranger.

Reconnus officiellement chez nous par la loi du 15 avril

1916, ils sont « spécialement chargés de faire l'éducation anti-tuberculeuse, de donner des conseils de prophylaxie et d'hygiène, d'assurer et de faciliter aux malades atteints de maladies transmissibles l'admission dans les hospices, sanatoria, maisons de cure ou de convalescence, etc., et, le cas échéant, de mettre à la portée du public des services de désinfection du linge, du matériel, des locaux et des habitations rendues insalubres par des malades.

Ces dispensaires organiseront pour les malades privés de ressources... des consultations gratuites et des distributions de médicaments » (Loi du 15 avril 1916).

Leur personnel peut comprendre un ou plusieurs médecins, des enquêteurs, des moniteurs et monitrices d'hygiène et des infirmières. Enquêteurs et moniteurs « sont, en particulier, chargés des enquêtes et donnent l'éducation sanitaire soit sur place, soit au domicile du malade ».

Suivant le mot de LANDOUZY, les Dispensaires nous apparaissent comme « des Offices sanitaires, disposés en grand'gardes, si l'on peut ainsi parler, pour connaître et surveiller les foyers de tuberculose, autant que pour assister les tuberculeux ».

Agents de prophylaxie sociale par leurs enquêtes et l'éducation antituberculeuse qu'ils diffusent, les Dispensaires sont surtout les meilleurs agents de *prophylaxie familiale*. Sous la surveillance et sur les conseils de leurs infirmières, ils permettent l'isolement du malade à domicile sans danger pour les siens.

Pour cela le tuberculeux, dès la première visite, est doté d'un crachoir de poche, qui supprimera le danger de la dissémination des bacilles par l'expectoration. Son linge sera recueilli dans des sacs en toile spéciaux, bouilli

et lessivé à part. La famille recevra régulièrement les antiseptiques nécessaires à la désinfection des mouchoirs, du crachoir et des objets individuels souillés : solution savonneuse alcaline de Küss à 40 p. 1000 de formol, eau de Javel, Crésyl, etc...

A ces distributions pourront s'ajouter des secours en nature, sous forme de bons de charbon, en hiver ; de linge et de vêtements ; de subsides alimentaires variés, destinés à permettre l'alimentation nécessaire.

Pour assurer la séparation nocturne qui est à la base de la prophylaxie conjugale, le Dispensaire Villemain, de Nancy, prête aux malades des lits individuels d'un modèle pratique et facilement désinfectable. Il y joint, le cas échéant, des couvertures et la literie qui fait défaut.

En même temps, le tuberculeux est suivi aux consultations du Dispensaire et ses crachats y sont régulièrement examinés. Si son état nécessite des soins particuliers, il est admis à l'Hôpital Villemain et proposé éventuellement pour une cure sanatoriale ou tout autre traitement approprié. La désinfection à domicile est pratiquée après son départ.

Dès que le diagnostic de tuberculose est porté, les autres membres de la famille sont également examinés au Dispensaire, au triple point de vue clinique, radiologique et bactériologique. Par la suite, l'infirmière-visiteuse surveille les progrès possibles de la contagion. Son attention est particulièrement attirée sur la prophylaxie infantile, la plus délicate.

Il existe malheureusement un problème contre lequel le Dispensaire est plus ou moins désarmé, c'est celui du logement. L'Œuvre pourrait, à la rigueur, secourir de

façon satisfaisante ses malades au point de vue matériel, — et elle s'y efforce, — mais il lui est impossible, dans les grandes villes comme Nancy, de leur procurer l'air et la lumière dont ils ont besoin dans des logements spacieux, — ceux-ci font défaut.

L'observation suivante, mieux que tous les commentaires, permettra de saisir sur le vif les difficultés auxquelles se heurte l'action du Dispensaire et d'illustrer le rôle essentiel de l'infirmière-visiteuse.

#### OBSERVATION XXXVIII

(Dispensaire Villemin)

Famille P..., Nancy.

*Mari*, 30 ans, chauffeur. Antécédents : une sœur décédée de T. P. en 1914 (4 mois de contact). Blessure de guerre en 1914. Dysenterie en Algérie en 1916. Bronchites sérieuses en 1918 et septembre 1920. Pleurite gauche en décembre 1920. Réformé à 100 % pour T. P., en 1921.

Examen : Signes de bronchite diffuse avec râles dans le 1/3 supérieur du poumon gauche surtout, mais s'étendant dans toute la hauteur avec quelques sibilances. B. K. +. Radio : voile léger des deux sommets. A gauche, légères pommelures à la partie moyenne. Arborisations des bases. Diaphragme droit anguleux. Ganglions médiastinaux.

*Femme* : 30 ans. Examinée à la consultation du Dispensaire et déclarée saine. Emphysème. Grippe en décembre 1921.

4 grossesses : 1 enfant est mort de méningite tuberculeuse, 3 sont vivants :

Albert, 11 ans. Bronchite tous les hivers, anémié. Actuellement, respiration rude et expiration soufflée, surtout au sommet droit. Bronchophonie. Souffle intertrachéo-bronchique. Quelques frottements à la base droite.

Lucienne, 3 ans. Ronchus et sibilances à la base gauche et dans la région moyenne du poumon droit. Souffle intertrachéo-bronchique. Grisaille du hile droit à la radio.

Georgette, 1 an 1/2. En observation.

*Enquête sociale* : 8 mars 1921. La femme et parfois le bébé partagent le lit du mari. On donne un crachoir au malade. On lui recommande de coucher seul, d'avoir son linge personnel, son couvert et ses objets de toilette séparés. La famille loge un beau-frère dans ses deux pièces, en plus des parents et des enfants. (Nous transcrivons les notes de la visiteuse.)

*Visites ultérieures.* — 21 juin 1921 : Ménage en désordre. La femme fait des ménages et est seule à gagner. Elle couche toujours avec son mari, parce qu'elle n'a pas de matelas. (Le 24 juin, la famille reçoit du Dispensaire le crin végétal nécessaire.)

9 juillet 1921 : Le malade est peiné de savoir sa fillette délicate et dit vouloir exiger que sa femme prenne les précautions voulues. Il occupe enfin une chambre individuelle. On essaie d'envoyer les enfants à la campagne pour les vacances.

28 juillet 1921 : Le ménage se plaint du manque de ressources.

6 août 1921 : Les deux enfants vont à la campagne.

27 septembre 1921 : Le malade a une hémoptysie. Il partage de nouveau le lit de sa femme. On ne loge plus le beau-frère. 2 enfants sont malades. Le ménage se plaint encore du manque de ressources et vend du matériel pour vivre.

15 octobre 1921 : Une couverture permettrait au malade de coucher seul, dit sa femme. Mais pas de couverture...

18 octobre 1921 : On obtient enfin que le malade ait son verre et son couvert à part.

12 novembre 1921 : Les deux aînés ont de la bronchite. Malgré des conseils réitérés, le père continue à embrasser ses enfants et à les tenir sur ses genoux. Le linge du malade est enfin mis à part.

26 novembre 1921 : Le malade part à La Guiche. On fait désinfecter le logement.

6 décembre 1921 : M<sup>me</sup> P..., maintenant seule, ne peut continuer à faire des ménages. Elle doit garder ses enfants et chercher du travail à domicile.

16 décembre 1921 : M<sup>me</sup> P... fait des lessives. Ménage plus propre.

24 janvier 1922 : M<sup>me</sup> P... a eu la grippe et des pertes. Est

malade depuis un mois et ne travaille pas. La petite Georgette est très souvent dans les bras du père. Celui-ci est revenu et a sa chambre séparée : il a quitté La Guiche depuis trois semaines, sous prétexte que sa femme était malade. Son poids n'a pas augmenté, pendant son séjour d'un mois à La Guiche.

*1<sup>er</sup> mars 1922* : Lucienne est hospitalisée pour bronchite. Albert est très délicat.

*1<sup>er</sup> avril 1922* : Le dernier bébé vient d'avoir une bronchite.

*20 avril 1922* : La petite Georgette est très malade : congestion pulmonaire, suite de rougeole. Le père couche maintenant avec le petit garçon de 11 ans, sous prétexte du manque de couvertures. (Le 27 avril, la famille reçoit du Dispensaire deux draps et une couverture de laine.)

*Ressources* : 3 francs par jour, plus la pension du mari réformé (100 %). Le plus souvent, celui-ci ne peut pas travailler.

*Logement* : Petit intérieur comprenant une cuisine et deux chambres à coucher : l'une de 20 mètres cubes, l'autre un peu plus grande.

Actuellement, le mari couche seul dans la première de ces pièces. Dans l'autre se trouvent : un berceau pour le bébé ; un lit pour la mère et Lucienne ; un lit-cage, qu'on étend le soir pour le garçon.

Cette observation résume en quelque sorte toutes les précédentes. Elle montre la mère échappant à la contagion, en dépit d'une longue cohabitation ; — des enfants, terrain vierge, infectés sur les bras et jusque dans le lit (!) de leur père, ou succombant précocement à son mal ; — la ténacité de l'infirmière et les lents progrès de l'hygiène dans une malheureuse famille qui se débat au milieu des difficultés matérielles les plus pénibles...

---

## CONCLUSIONS

1° La contagion tuberculeuse est rare entre époux, même dans la classe ouvrière, et ne se produit d'ordinaire qu'après une longue cohabitation.

Elle ne dépasse pas 5,21 %, dans notre statistique globale, et 11,56 % dans les tuberculoses ouvertes.

2° Par contre, dans les mêmes familles, les enfants se montrent extrêmement sensibles à l'infection tuberculeuse. Ils sont contaminés dans une proportion minima de 25,02 %, dans notre statistique globale, et de 37,59 %, en cas de tuberculose ouverte des parents. (On sait le caractère relatif de la distinction en tuberculoses ouvertes et tuberculoses fermées.)

3° La transmission semble beaucoup plus fréquente du mari à la femme que réciproquement. Ce fait serait dû surtout à la réceptivité particulière de la femme au moment de la grossesse, de la puerpéralité et de la lactation.

4° Lorsque la transmission se produit entre époux, elle est le plus souvent bénigne (« contaminations latentes »).

En cas de « contamination évolutive », l'évolution peut être immédiate ou tardive.

5° La réceptivité particulière de l'enfant est due au fait

qu'il s'agit d'un organisme vierge. Cette primo-infection présente des caractères particuliers et sa gravité dépend surtout de la quantité des bacilles infectants.

6° La primo-infection, lorsqu'elle n'est pas mortelle, détermine l'apparition chez l'enfant d'un état allergique. Suivant son degré d'imprégnation tuberculeuse, l'organisme se trouve sensibilisé ou relativement immunisé aux surinfections ultérieures.

7° La phtisie de l'adulte ne nous apparaît plus comme la conséquence d'une infection récente, le plus souvent primitive, du poumon, mais comme « la fin d'une longue histoire », dont les origines remontent généralement à l'enfance.

8° La rareté de la tuberculose conjugale s'explique par l'immunité que des surinfections faibles et répétées confèrent à l'adulte à l'égard des contaminations légères de la vie courante.

9° Les cas de contagion conjugale relèvent : rarement d'une contamination massive ; le plus souvent, d'une défaillance du terrain, ou d'une sensibilisation antérieure du sujet (hérédotuberculeux et prédisposés).

10° La base de toute prophylaxie sérieuse repose sur la préservation rigoureuse de l'enfance contre la tuberculose.

11° Le « mariage retardé » sera autorisé, sous certaines réserves, aux tuberculeux « guéris » depuis plusieurs années. On se montrera toujours plus sévère pour la femme que pour l'homme et l'union des tuberculeux entre eux sera déconseillée.

12° La prophylaxie conjugale repose surtout sur la séparation de lit, la discipline de la toux et de l'exppec-

toration, une sage réserve sexuelle, l'espacement des grossesses et le maintien du bon état général du conjoint sain.

13° La surveillance du Dispensaire permettra l'isolement du malade à domicile, mais le « taudis » rendra souvent la prophylaxie familiale très difficile.

La fécondité des efforts individuels dépend ainsi, pour une large part, de la réalisation d'un programme de prophylaxie sociale de longue haleine.

14° Dans l'étiologie et la prophylaxie de la tuberculose, il y a un égal danger à ne voir que le microbe, comme à n'attribuer d'importance qu'au terrain. La vérité réside dans l'accord des deux théories. La phrase de CALMETTE :

« Si fertile que puisse être un champ, il n'y germera jamais d'autres grains que ceux que le laboureur, les oiseaux ou les vents y auront semés », se complète par l'image de VALLIN :

« Le sol de la forêt de Fontainebleau est jonché de glands, dont pas un seul sans doute ne deviendra un chêne. »

Vu :

Nancy, le 18 mai 1922.

*Le Président de la Thèse,*

G. ETIENNE.

Vu :

Nancy, le 19 mai 1922.

*Le Doyen,*

E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 23 mai 1922.

*Le Recteur de l'Académie,*

Ch. ADAM,

*Membre de l'Institut.*

## SERMENT

*Moi....., en présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque.*

---

## BIBLIOGRAPHIE

- ARLOING (S.). — *Leçons sur la Tuberculose et certaines septicémies*. Paris, 1892, p. 139 et 236.
- ARNOULD (E.). — Gravité comparée de la Tuberculose pulmonaire suivant l'existence ou l'absence d'antécédents tuberculeux chez les parents (*Revue de la Tuberculose*, 1920, n° 6).
- Circonstances et conditions extérieures de la contagion par le bacille tuberculeux (*Revue de la Tuberculose*, 1921, n° 3).
- ASTRIÉ (E.). — *Contribution à l'étude de la Tuberculose primitive de l'utérus*. Thèse Lyon, 1913-1914.
- AUBERT (G.). — *Tuberculose et Mariage*. Thèse Bordeaux, 1908, 1909.
- BABÈS. — Pénétration du bacille tuberculeux par la peau intacte (*Presse Médicale*, 15 juin 1907).
- BANNISTER (H.-M.). — Conjugal tuberculosis ; a study of case to case infection (*J. Am. Medic. Assoc.*, Chicago, 1901. XXXVI, p. 1032).
- BARNES (H. Lee). — Tuberculosis of husband and wife ; a report of 150 cases (*Americ. Rev. of Tuberc.*, octobre 1921, p. 670. — *The Lancet*, 3 déc. 1921).
- BENNET. — The contagion of phthisis (*Brit. Med. Jour.*, 11 oct. 1884).
- BERGERET (d'Arbois). — La phthisie pulmonaire dans les petites localités (*Ann. d'Hyg. et de Méd. lég.*, octobre 1867, p. 312).
- BERNARD (L.). — Tuberculose, maladie immunisante. Conception actuelle de la Tuberculose (*Presse Méd.*, 18 avril 1914).

- BERNARD (L.). — *La Tuberculose pulmonaire* (Etude de Phtisiologie clinique et sociale). Paris, 1921.
- Gestation et Tuberculose (*Presse Méd.*, 16 nov. 1921).
- Le placement familial des nourrissons issus de tuberculeux (*Paris Médical*, 7 janvier 1922).
- BERNARD et DEBRÉ. — Préservation de la Tuberculose chez les enfants du premier âge (*Paris Méd.*, 1<sup>er</sup> janv. 1921).
- BERNHEIM (S.). — Tuberculose et prostitution (*Zeitschr. für Tuberc.* Bd. 3, p. 441).
- BERNHEIM (S.) et DIEUPART. — La Tuberculose conjugale (*Rev. internat. de la Tuberc.* Paris, 1907, p. 405).
- BOUREILLÉ. — Doit-on permettre les rapports sexuels aux tuberculeux pulmonaires ? (Société de Médecine de Paris, 22 novembre 1913).
- BROUARDEL (P.). — *La lutte contre la Tuberculose*. Paris, 1901.
- BRUNON (R.). — *La Tuberculose pulmonaire. Maladie évitable. Maladie curable*. Paris, 1913.
- BURNET (E.). — La Tuberculose de l'enfant à l'adulte (*Bull. de l'Institut Pasteur*, 31 mai et 15 juin 1911).
- CADÉAC et MALLET. — Sur différents modes de transmission de la Tuberculose (Congrès pour l'étude de la Tuberc., 1888 et 1905).
- CALMETTE (A.). — Les voies d'infection tuberculeuse (*Rev. de la Tub.*, oct. 1913).
- Sur l'excrétion des bacilles tuberculeux par l'intestin et les voies biliaires (*Ann. Inst. Pasteur*, févr. 1919).
- *L'infection bacillaire et la Tuberculose chez l'homme et chez les animaux*. Paris, 1920.
- Les modes de diffusion de la Tuberculose à travers le monde. Conférence Intern. Londres, 1921 (*Rev. de la Tub.*, août 1921).
- CAMES (J.). — Les crachats de Paris (*Paris Méd.*, 3 déc. 1919).
- CARNOT (P.). — A propos d'un cas de supertuberculisation (*Presse Médic.*, 2 juillet 1904).
- CARNOT et LIBERT. — De la présence du bacille tuberculeux dans le liquide duodénal retiré par tubage (Soc. Médic. Hôp. de Paris, 15 juillet 1921).
- CASTAIGNE et PAILLARD. — *La Tuberculose*. 2<sup>e</sup> édit. Paris, 1920.

- CASAN. — Documents pour servir à l'histoire de la phtisie pulmonaire (*Montpellier Médical*, 1869 (n° 2) et 2 février 1871).
- CHARRIN. — Tuberculose et morve. Auto-inoculation et réinoculation (*Revue de Médecine*, 1885, p. 463).
- CHAUSSE (P.). — La réinoculabilité de la Tuberculose et la résistance acquise par l'organisme tuberculeux (*Revue de la Tuberc.*, juin 1913).
- CHAUVEAU (A.). — Sur les conditions et les caractères de la contagiosité de la Tuberculose. Lettre à M. Villemin (*Gaz. Hebdom.*, 5 avril 1872).
- COMPIN (C.). — *De la contagion de la Phthisie pulmonaire*. Thèse Paris, 1870.
- Concours Médical (Le). — La tuberculose est-elle contagieuse ? Enquête sur la Tuberculose conjugale. 25 août, 6 nov., 27 nov. 1921, 15 janv., 12 févr. 1922.
- CORNET (G.). — *Die Tuberkulose*. 2 vol. 2<sup>e</sup> édit. Vienne, 1907.
- CORNIL (V.). — Sur la Tuberculose des muqueuses, considérées comme porte d'entrée du virus tuberc. (*Congrès pour l'étude de la Tuberc.*, 1888, p. 259).
- DAREMBERG. — Le mariage des Tuberculeux (*Etudes sur la Tuberc.* Tome III, 1891).
- DEBOVE. — *Leçons cliniques et thérapeutiques sur la Tuberculose parasitaire*. Paris, 1884. Société Médic. des Hôp., 14 mars 1884.
- DEBRÉ et JACQUET. — Grippe et Tuberculose. L'anergie grip-pale et la Tuberculose de l'adulte (*Paris Méd.*, 3 janv. 1920).
- Le début de la Tuberculose. La période anté-allergique de la Tuberculose (*Annales de Médecine*, 1920, n° 2, p. 122).
- DEBRÉ, PARAF, DAUTREBANDE. — La période anté-allergique de la Tuberculose (*Ann. de Méd.*, 1921, n° 6, p. 443 et 454).
- DERVILLE. — *De l'infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme*. Thèse Paris, 1887.
- DEVAY (F.). — *Traité spécial d'hygiène des familles*, etc... Paris, 1858. 2<sup>e</sup> édition.
- DOBBIE (W.-J.). — The prevention of tuberculosis. What we should teach to-day (*Amer. Rev. of Tuberc.*, mars 1920).

- DĘBROKŁONSKI. — Le corps peut-il recevoir l'infection tuberculeuse par les voies génitales ? (*Rev. de la Tuberc.*, 1895, p. 195).
- DROCHON (P.). — *Modes de contagion de la Phthisie pulm. dans le mariage*. Thèse Paris, 1882.
- DRYSDALE (C. R.). — Phtisis pulm. in husband and wife. Possible case of contag. (*Brit. Med. Journ.*, 1889, p. 604).
- DUCASSE. — La résistance à la Tuberculose et ses variations dans l'enfance (*Paris Médic.*, 21 janv. 1922).
- DUCLAUX (E.). — *L'Hygiène sociale*. Paris, 1902.
- DEFOUR (H.). — De l'immunité acquise à la maladie chronique (*Presse Médic.*, 8 févr. 1922).
- DURAND et GENTES. — L'hérédité et la contagion de la Tuberculose (*Congrès de la Tub.*, 1905. T. I, p. 619).
- ETIENNE (G.). — Les phases d'anaphylaxie de la cure tuberculinique (*Progrès Médic.*, 4 janvier 1913).
- ELSAESSER. — *Mitt. über die Gefahr der Tuberkulose für Ehe und Familie*. Arnsberg, 1901.
- FAIRIZE (C.). — *Etudes sur les Tuberculoses latentes, et particulièrement celles des ganglions trachéo-bronchiques*. Thèse Nancy, 1911.
- FERNET (C.). — De l'infection tuberc. par la voie génitale (*Soc. Méd. des Hôp.*, 26 déc. 1884).
- FERRAND. — Notes sur quelques faits d'observation relatifs à l'hérédité et à la contagion de la Tuberc. (*Congrès de la Tub.*, 1888, p. 486).
- FISSINGER (N.) et BRÖDIN (P.). — Tuberculose et cirrhose. L'anergie hépatique (*Soc. Méd. des Hôp.*, 20 oct. 1921).
- FIGIORE SPANO. — Recherches bactériologiques sur le sperme d'individus affectés de Tuberc. d'autres organes que les organes génito-urinaires (*Rev. de la Tuberc.*, déc. 1893).
- GOUDARD. — Tuberculeux éréthiques et mariage (*Congrès de la Tuberc.*, 1905, T. I, p. 623).
- GRANCHER. — Tuberculose et mariage (*Bull. Médic.*, 1889, p. 1531).
- Prophylaxie de la Tuberc. (Rapport à l'Acad. de Médecine, mai 1898).

- GRANCHER et HUTINEL. — Article « Phtisie », in *Dictionnaire des Sciences Médic.*, de Dechambre.
- GRANJUX. — La protection de l'enfance contre la Tuberc. par l'Œuvre Grancher (*Paris Médic.*, 6 déc. 1919. — *La Médecine*, mai 1921).
- GUILLEMIN. — La Tuberculose n'est pas contagieuse (*Tuberculosis*, 10 juin 1912 et numéros suivants). (Discussion et polémique.)
- HANNS et FAIRIZE. — Quelques recherches sur la présence du Bac. de Koch dans la bile des Tuberc. (*Rev. Médic. Est*, 1<sup>er</sup> juin 1913).
- HAUSHALTER et FRÜHNSHOLZ. — Adénopathie trachéo-bronchique (*Arch. de Méd. des Enfants*, mars 1922).
- HEUBNER (O.). — Ueber die Vorbeugung der Tuberk. in der Familie (*Congrès de la Tuberc.*, 1905. Rapports, p. 277).
- HIPPOCRATE. — *Œuvres complètes* (Trad. Littré). Paris, 1841.
- HOLT (R.-C.). — Conjugal Tuberculosis (*The Lancet*, 1919, II, p. 852).
- HUGON (C.). — *Tuberculose et mariage*. Thèse Paris, 1914.
- JACKH (A.). — De la présence des bacilles dans les organes génitaux et le sperme d'individus tuberc. (*Rev. de la Tub.*, déc. 1895).
- JAWORSKI (J.). — *Ehe und Tuberkulose*. Zdrowie, 1902.
- JEANNEL. — *Tuberculose et Mariage*. Montpellier, 1902.
- JEANSELME. — Inoculation et auto-inoculation tuberc. consécutives aux plaies par morsure (*Etudes sur la Tuberculose* [Verneuil]. T. III. 1892).
- JONG (Louise de). — Tuberculose annexielle (*Rev. de la Tub.*, juillet 1915).
- JOUSSET (P.). — De la transmission de la Tuberculose par alimentation, cohabitation et hérédité (*Etudes sur la Tuberc.* T. III, 1892).
- KIRCHNER (M.). — Gefahren der Eheschliessung von Tuberk. (*Congrès de la Tub. de Berlin*, p. 293).
- KOCH (J.) et MÖLLERS. — Zur Frage der Infektionswege der Tuberculose (*Deut. Med. Woch.*, 12 août 1920. — *Mémoires de la Fondation R. Koch*, Vol. II, fasc. 3, 1921).

- KRAUSE et CREISCHER. — Krieg und Lungentuberkulose (*Beitr. z. Klinik der Tub.*, 1921, p. 208. — *Zeitsch. für Tub.*, 1921, p. 53).
- KURASHIGE, MAYEYAMA et YAMADA. — Elimination du bacille \* tuberc. par le lait des femmes tuberc. (*Zeitsch. für Tub.*, 1912, p. 433).
- KÜSS. — *De l'hérédité parasitaire de la Tuberculose humaine*. Thèse Paris, 1898).
- LAISANT. — Niches à hommes (*Rev. Médico-Sociale*, 10 juillet 1910).
- LALESQUE. — La femme tuberculeuse et le mariage (*Congrès de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des Sciences*. Montauban, 1902, p. 938).
- Tuberculose et mariage (*Journal Méd. Bordeaux*, 13 mai 1906).
- LANDOUZY (L.). — Comment et pourquoi on devient tuberculeux ? (*Cliniq. de la Charité*, 1881. — *Progrès Médic.*, 1882. — *Rev. d'Hyg.*, sept. 1888).
- Hérité tuberculeuse paternelle (*Congr. Etud. de la Tub.*, 1888, p. 483).
- Rapport sur les voies de pénétration de la Tuberculose. 6<sup>e</sup> Conf. Intern., Vienne, 1907 (*Revue de la Tub.*, oct. 1907 et oct. 1910).
- Cent ans de Phthisiologie (1808-1908). Congr. Washington 1908. — Paris, 1909.
- Rôle des facteurs sociaux dans l'étiologie de la Tuberc. ; les moyens de défense sociale. Congr. de la Tuberc., 1912 (*Rev. de la Tub.*, juin 1912, p. 261).
- LANDOUZY et MARTIN. — Faits cliniques et expérimentaux pour servir à l'histoire de l'hérédité de la Tuberc. (*Revue de Méd.*, 1883, p. 1014 ; 1891, p. 411 ; 1898. — *Etudes sur la Tuberc.* [Verneuil]. T. I, 1887, p. 59).
- LAVERGNE (M.). — Quelques considérations sur les surinfections de la Tuberculose, etc. (*Presse Médic.*, 16 juillet 1921).
- LEMIÈRE (G.). — Les tuberculeux peuvent-ils se marier ? (*Rev. de la Tub.*, 1898, p. 285).
- La contagion de la tuberc. dans la famille ; contagion maritale (*Congrès fr. Médecine*, 1899, p. 841).

- LEMOINE (C.-H.). — Isolement du tuberculeux dans l'habitation (*Bull. Médic.*, 22 avril 1905 et 31 oct. 1903).
- LEREBoullet et PETIT. — La Tuberculose en 1921 (*Paris Méd.*, 1<sup>er</sup> janvier 1921).
- La Tuberc. en 1922 (*Ibid.*, 7 janv. 1922) (Rev. annuelle).
- LEUDET (E.). — La tuberc. pulm. dans les familles (*Ac. de Méd.*, 14 avril 1885).
- *Etudes de Pathologie et de Clinique médicale*. T. II, Paris, 1891.
- LIMONDS (J.-P.). — Les baisers infectieux (*La Revue*, 1<sup>er</sup> févr. 1912).
- MARFAN (A.-B.). — Préservation de l'enfant contre la Tuberc. dans sa famille (*Congrès de la Tub.*, 1905. Rapports, p. 255).
- La scrofule : conception ancienne, conception nouvelle (*Paris Médic.*, 1<sup>er</sup> janv. 1921).
- MÉNARD (P.-J.). — Statistique de Tuberculose (*Ann. de Méd.*, mars 1919).
- MONGOUR (Ch.). — Contagiosité de la Tuberc. pulm. (*Congrès de la Tuberc.*, 1905. T. I, p. 413).
- MURREL (W.). — A case of phthisis communicated from husband to wife (*The Lancet*, 1897, p. 1018).
- MUSGRAVE-CLAY (de). — *Etude sur la contagiosité de la phthisie pulmonaire*. Thèse Paris, 1879.
- MUTHU (G.). — Conjugal tuberculosis (*The Lancet*, 1919, p. 897).
- NILLS (J.). — Notable instances of successive cases of phthisis in certain families and house-holds (*Charlotte Med. Journ.*, 1896, IX, p. 30).
- NOBÉCOURT (P.). — Recherche du bacille de Koch dans les urines d'enfants (*Rev. de la Tuberc.*, déc. 1913, p. 385).
- PARISOT (J.). et HANNS. — Recherche du bacille et des anticorps sur un fœtus issu de mère tuberculeuse (*Rev. Médic. Est*, 15 avril 1910).
- PÉGURIER. — Considérations statistiques sur l'hérédité des tuberculeux (*Congrès de la Tuberc.*, 1905. T. I., p. 288).
- PERRIN (M.). — Tuberculose dans la population ouvrière de Nancy ; influence de la tuberculose des parents sur la natalité et sur la morbidité et la mortalité des enfants (*Congrès*

- de la Tub.*, 1905. — *Annales de Méd. et de Chir. infantiles*, 15 déc. 1905. — *Paris Médic.*, 28 févr. 1920).
- PETER (M.). — *Leçons de Clinique Médicale*. 2 vol. Paris, 1879.
- PETIT (L.). — Tuberculose et mariage (*Gaz. de Gynéc.*, 1900, XV, p. 33, 49).
- Contagion de la Tuberculose par la voie buccale. Congrès de Rome, 1894 (*Rev. de la Tuberc.*, oct. 1894, p. 229).
- PIÉRY (M.), REMY, SARRAZIN et ROSHEM. — La Pthysiothérapie dans l'antiquité ; — pendant le Moyen-Age et les temps modernes ; — au XIX<sup>e</sup> siècle (*Rev. de Méd.*, 10 sept., 10 nov. et 10 déc. 1911).
- Virulence et contagiosité de la sueur des tuberculeux. Acad. de Méd., 26 mars 1912. — Confér. de la Tub., Rome, 1912.
- PIRQUET (C. F. von). — Allergie (*Münch. Med. Woch.*, 24 juillet 1906. — Berlin, 1910).
- PISSAVY. — Fréquence comparée de la Tuberc. chez les descendants de tuberc. et les descendants de non tuberc. (*Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 1909).
- POIX (G.). — La Confér. Intern. de Londres contre la Tuberc., 1921 (*Rev. de la Tub.*, 1921, n° 5).
- POMMIER (M<sup>me</sup> M.). — *La Tuberculose pulmonaire chez la femme*. Thèse Paris, 1918-1919.
- POTAIN. — De la transmission de la phtisie entre époux (*Rev. de Méd.*, 1885, p. 499).
- RAILLIET. — Porte d'entrée de la Tuberc. (*Rev. de la Tuberc.*, 1908, p. 107).
- REIBMAYR (A.). — *Die Ehe Tuberkulöser und ihre Folgen*. Leipzig, 1894.
- REY (A.). — *Le cri de la France : des logements !* Paris, 1912.
- RICHARD. — Transmission de la Tuberc. par voie génitale (*Soc. Méd. Hôp.*, 27 février 1885).
- RIST (E.). — Tuberculose pulmonaire et gravidité (*Rev. de la Tuberc.*, août 1921).
- RIST, KINDBERG et ROLLAND. — Etudes sur la réinfection tuberculeuse (*Ann. de Médecine*, mars 1914, p. 13 ; avril 1914, p. 310).

- ROBERTSON (R.). — Family history in relation to contagion in phtisis pulmonalis (*Brit. Med. Journ.*, 30 sept. 1883. — *Rev. d'Hygiène*, 1883, p. 262).
- ROBIN (A.). — Le terrain des tuberculeux et son amendement (*Congrès de la Tub.*, 1905. T. I, p. 236).
- ROLLAND (J.). — *Etude sur le phénomène de Koch et la réinfection tuberculeuse*. Thèse Paris, 1913-1914.
- ROMME (R.). — *La lutte sociale contre la Tuberculose*. Paris, 1901.
- Etiologie sociale de la Tuberc. (*Congrès de la Tub.*, 1905. Rapports, p. 393).
- ROUTIER (A.). — *Tuberculose des organes génitaux de la femme d'origine ascendante*. Thèse Paris, 1909-1910.
- SABOURIN (Ch.). — *Traitement rationnel de la Phtisie*. 4<sup>e</sup> édit. Paris, 1913.
- Quelques observations sur l'hérédité tuberculeuse et l'immunité anti-tuberculeuse héréditaire (*Presse Médicale*, 1915, p. 215).
- Phtisiophobes et phtisiomanes (*Paris Médical*, 5 janvier 1918).
- Les équivalents menstruels chez les tuberculeuses (*Paris Médical*, 3 janv. 1920).
- Tuberculose et mariage (*La Médecine*, mai 1920).
- SALEUR (H.). — *Considérations sur les tuberculoses latentes de l'enfance et sur leurs rapports avec l'hérédité*. Thèse Nancy, 1922.
- SAVOIRE (C.). — Le tuberculeux dans sa famille (*Tuberculosis*, 10 mars 1913).
- SERGENT (E.). — Tuberculose et grossesse (*Presse Méd.*, 5 juill. 1913).
- Tendance de l'esprit actuel à étendre exagérément le domaine de la Tuberculose (*Monde Médical*, 25 juillet 1914).
- SERGENT, RIBADEAU - DUMAS, SABOURIN, etc. — Tuberculose. 2 vol. *Traité de Pathol. méd. et de Thérap. appliquée*, 1921.
- SIMON. — Rapport du Comité régional de Nancy (*Congrès de la Tub.*, 1905).

- SOGNIÈS (H.). — *Traitements prophylactique et diététo-hygiénique de la Tuberculose*. Thèse Nancy, 1899-1900.
- L'hygiène de l'habitation dans ses rapports avec la mortalité par Tuberculose (*L'Œuvre antituberc.*, 1900, n° 3).
- SPILLMANN (L.) et HOCHÉ. — Un cas de maladie d'Addison à dénouement rapide. Contagion génitale de la Tuberculose (*Rev. Méd. Est*, 1903, p. 465. — *Archives génér. de Méd.*, 22 septembre 1903).
- SPILLMANN (P.). — *De la tuberculisation par le tuge digestif*. Thèse d'agrégation. Paris, 1878.
- Tuberculose et Prostitution. (Communication et Discussion.) (*Congrès de la Tub.*, 1905. T. II, p. 576).
- Tuberculose et Prostitution (*Province Médic.*, 18 nov. 1905).
- STRAUS (I.). — *La Tuberculose et son bacille*. Paris, 1895.
- STRAUSS (P.). — Sur l'installation de dispensaires d'hygiène sociale de préservation antituberculeuse (*Rev. d'Hygiène*, 1915, p. 914).
- THOM (W.). — Betrachtungen u. Beiträge z. Frage der Tuberkulose-Ansteckung unter Eheleuten (*Zeits. für Tub.*, 1905, Bd. VII, p. 12).
- Über die Furcht vor der Tuberkulose u. Tuberkulose-Ansteck. in der Ehe (*Deut. Med. Zeit.*, 1905, p. 501).
- TSCHERNING (E.). — Sur deux cas d'inoculation tuberculeuse chez l'homme (*Congrès pour l'ét. de la Tub.*, 1888, p. 275).
- VALENTINO. — L'admissibilité des tuberc. au mariage (*Rev. scient.*, 10 juin 1905).
- VALLIN. — Projet d'enquête sur la contagiosité de la Tuberculose (*Soc. Méd. Hôp.*, 25 janv. 1884).
- La contagion de la Tuberculose et sa prophylaxie. Rapport et Discussion (*Soc. Méd. Hôp.*, 11 juillet, 24 oct., 14 nov. 1884).
- De l'infection tuberc. par la voie génitale (*Soc. Méd. Hôp.*, 9 janvier 1885).
- Rapport sur l'enquête concernant la contagion de la Phtisie (*Soc. Méd. Hôp.*, 25 févr. 1886).
- VERCHÈRE (F.). — *Des portes d'entrée de la Tuberculose*. Thèse Paris, 1883-1884.

- VERCHÈRE (F.). — Morsure par un sujet tuberculeux. Apparition au point lésé d'un tubercule anatomique (*Etudes sur la Tub.* [Verneuil]. T. I, 1887).
- VERCO (J.-C.). — Phtisis in married couples (*Austral. Med. Gaz.*, 1911, p. 655).
- VERNEUIL. — Hypothèse sur l'organisation de certaines tuberculoses génitales dans les deux sexes. Lettre à M. le Professeur Fournier (*Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.*, 6 avril 1883). — *Etudes expérimentales et cliniques sur la Tuberculose*. 3 vol. Paris, 1887-1892.
- VIALETTES (A.). — *Etude clinique sur les causes et le traitement de la Phthisie pulmonaire*. Thèse Montpellier, 1866.
- VILLEMEN. — *Etudes sur la Tuberculose. Preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculabilité*. Paris, 1868.
- De la propagation de la Phtisie (*Gaz. Hebd.*, 1869, p. 260).
- WARD (E.). — The Infectivity of Tuberculosis (*Brit. Med. Journ. of Tuberc.*, t. 15, n° 1).
- WEINBERG (W.). — Lungenschwindsucht beider Ehegatten ; ein Beitrag z. Lehre von der Tuberkulose in der Ehe (*Beitr. z. Klinik der Tub.*, 1906, p. 365. — *Med. Klin.*, 1906, p. 909).
- Zur Statistik der Tuberkulose beider Ehegatten (*Zeitschr. für soziale Mediz.*, 1910, V, p. 309).
- WILLIAMS (C.-T.). — The contagion of Phtisis (*Brit. Med. Journ.*, 30 sept. 1882. — *Revue d'Hygiène*, 1883, p. 260).
- WOLFF. — Le baiser chez les enfants (*Arch. Méd. des Enf.*, mars 1907).
- YSENDYCK (Van). — Mariage des Tuberculeux (*Presse Méd.*, 24 avril et mai 1898). — Acad. Méd. de Belgique, 28 mai 1898.
- ZILGHIEN (H.). — Les ascendants des tuberculeux dans la classe pauvre des grandes villes (*Congrès de la Tub.*, 1905. T. I, p. 275).
- ZOROCHOWITCH. — *Tuberculose et Grossesse*. Thèse Montpellier, 1911-1912.
-



## Table des matières

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| AVANT-PROPOS .....                                                    | v  |
| CHAPITRE PREMIER                                                      |    |
| HISTORIQUE .....                                                      | i  |
| L'idée de contagion. Son développement.....                           | i  |
| CHAPITRE II                                                           |    |
| ETIOLOGIE ET MODES D'INFECTION.....                                   | 19 |
| I. Le contagé.....                                                    | 19 |
| II. Les portes d'entrée.....                                          | 22 |
| III. Le terrain.....                                                  | 28 |
| CHAPITRE III                                                          |    |
| ENQUÊTES ET STATISTIQUES.....                                         | 37 |
| CHAPITRE IV                                                           |    |
| STATISTIQUE DU DISPENSAIRE VILLEMIN.....                              | 47 |
| CHAPITRE V                                                            |    |
| LOCALISATIONS EXTRA-PULMONAIRES.....                                  | 55 |
| CHAPITRE VI                                                           |    |
| LOCALISATIONS RESPIRATOIRES.....                                      | 63 |
| I. Contaminations évolutives.....                                     | 63 |
| II. Contaminations latentes.....                                      | 69 |
| III. Non contagion.....                                               | 74 |
| IV. Evolution parallèle de la Tuberculose chez les<br>deux époux..... | 85 |

## CHAPITRE VII

|                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| CONTAGION ET ALLERGIE.....                                                                                                            | 87 |
| La primo-infection de l'enfant et les surinfections de<br>l'adulte. — Conception actuelle de la contagion.<br>— La phlébiophobie..... | 87 |

## CHAPITRE VIII

|                                               |     |
|-----------------------------------------------|-----|
| PROPHYLAXIE .....                             | 103 |
| I. Avant le mariage.....                      | 105 |
| II. Dans le mariage.....                      | 111 |
| Le rôle du Dispensaire d'Hygiène sociale..... | 117 |
| CONCLUSIONS .....                             | 123 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                           | 127 |

---



